

**Zur Psychosomatik des kindlichen
Asthma bronchiale**

Rüdiger Dahlke

1978



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552314_0040

Aus der Kinderpoliklinik der Universität München

Direktor (Vorstand): Prof. Dr. Spiess

Zur Psychosomatik des kindlichen
Asthma bronchiale

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
an der Ludwigs-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Rüdiger Dahlke

aus
München

Jahr
1978

Gedruckt mit Genehmigung des Fachbereichs Medizin
der Universität München

Berichterstatter: Priv.Dozentin Dr.med. Bender,
Dr.phil. Henningsen
Mitberichterstatter: Prof. Dr.med. Spiess
Dekan: Prof. Dr.med. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 3. 10. 1978



Inhaltsverzeichnis

	Seite
A Einleitung	1 - 4
B 1 Das asthmatische Krankheitsbild	
1.1 Versuch einer Definition	5 - 9
1.2 Symptomatik	10 - 13
1.3 Pathogenese	14 - 17
1.4 Epidemiologie	18 - 22
2 Zum Begriff "Psychosomatik"	23 - 34
3 Somatische Ätiologietheorien	
3.1 Genetische Theorie	35 - 38
3.2 Endokrinologische Theorie	39 - 42
3.3 Theorie der vegetativen Fehlregulation	43 - 44
3.4 Infekttheorie	45 - 48
4 Allergietheorie	49
4.1 Immunologische Grundlagen	49 - 51
4.2 Allergie als Asthmaursache und Nachweismethoden	52 - 53
4.3 Psychosomatische Aspekte der Allergie	53 - 57
4.4 Tiefenpsychologische Interpretation	58 - 66
5 Psychologische Phänomenologie des asthmatischen Geschehens	
5.1 Psychologische Aspekte der Atmung	67 - 70
5.2 Psychologische Sicht des Anfalls	70 - 72
5.3 Psychologische Sicht der Erkrankungssituation	73 - 76
6 Psychologische Ätiologietheorien	
6.1 Am Verhalten orientierte Theorien	77 - 81
6.2 Psychoanalytische Theorie	81
6.2.1 Entwicklung in der oralen Phase	82 - 98
6.2.2 Entwicklung in den folgenden Reifungsphasen	99 - 103

	Seite
7	Therapeutische Ansätze 104
7.1	Probleme bei der Objektivierung von Therapieerfolgen 105 - 107
7.2	Symptomatische medikamentöse Therapie 107 - 116
7.3	Antiallergische Therapie 117 - 121
7.4	Klimatherapie 121 - 124
7.5	Unspezifische Therapieansätze 124 - 126
7.6	Psychoanalytische Therapie 126 - 128
7.7	Diskussion 128 - 130
8	Falldarstellungen
8.1	Herbert F. 131 - 141
8.2	Petra T. 142 - 155
9	Einschätzung der verschiedenen Ätiologietheorien 156 - 167
C	Zusammenfassung 168 - 170
D	Literaturverzeichnis 171 - 188

Am Beispiel des Asthma bronchiale und der Geschichte seiner sich wandelnden Interpretationen verdeutlicht sich ein Stück Medizingeschichte. Der in älteren Büchern noch anzutreffende Begriff "Asthma nervosa" stammt aus der vor-naturwissenschaftlichen Ära der Medizin. Damals wurde Asthma – lange vor der Entwicklung der Psychoanalyse – als primär psychische Erkrankung angesehen. Mit der Entdeckung der Mikroorganismen als Krankheitserreger nahm dann die naturwissenschaftlich orientierte Medizin einen enormen Aufschwung; die allgemeingültige Ätiologietheorie schien gefunden: ein von außen eindringender Fremdkörper setzt eine Läsion, deren Ausdruck dann die verschiedenen Krankheitssymptome sind. Als sich aber im Laufe der weiteren Entwicklung nicht für alle Krankheiten die entsprechenden Erreger finden ließen, verbreiterte sich der Forschungsansatz wieder. So ergab sich in bezug auf das Asthma der Umschwung in Richtung naturwissenschaftlicher Erklärung erst mit den Entdeckungen auf dem Gebiet der Immunologie. Nun allerdings schien mit der Allergietheorie die Asthmagenese ausreichend geklärt zu sein. Im Laufe der Zeit erwies sich jedoch auch diese Theorie als nicht allein befriedigend, und so gewannen weitere naturwissenschaftliche Ätiologietheorien an Bedeutung. Nachdem Freud sein psychoanalytisches Konzept der Neurosenentstehung vorgelegt hatte, entwickelten einige seiner Nachfolger –

wohl auch als Reaktion auf die herrschende einseitig naturwissenschaftliche Krankheitsinterpretation – die psychosomatische Medizin mit dem Ziel, Krankheiten als Ausdruck seelischer Störungen zu verstehen. Das Asthma bronchiale gehörte zu den ersten Krankheiten, deren psychische Hintergründe untersucht wurden. Bereits im Jahr 1908 veröffentlichte der Psychoanalytiker Stegmann (1) eine Arbeit über kindliches Asthma.

in seinem grundlegenden Werk der Psychosomatik beschrieb Alexander (2) das Asthma bronchiale als eine der klassischen psychosomatischen Störungen. Von nun an standen sich diese beiden Grundrichtungen der Medizin in bezug auf das Asthma und verschiedene andere Krankheiten, wie etwa Magen-Darm-Ulcera oder essentielle Hypertonie, zum Teil recht unversöhnlich gegenüber, und erst in jüngster Zeit begann eine Zusammenarbeit der verschiedenen Disziplinen auf der Grundlage einer multifaktoriellen Krankheitstheorie. Nachdem die für beide Seiten fruchtbare Annäherung der Standpunkte zwischen Praktikern, Internisten und Psychoanalytikern weitgehend in Gang gekommen ist, erscheint uns eine solche Verständigung auch zwischen Pädiatern und Analytikern vor allem beim Asthma vordringlich, da es sich hier doch um eine Erkrankung handelt, die sich zumindest sehr oft bis in die früheste Kindheit zurückverfolgen läßt, bzw. in vielen Fällen überhaupt nur im Kindesalter auftritt.

(1) Stegmann, A. 1908

(2) Alexander, F. 1951

Smith (3) betont, daß 50 % der erwachsenen Asthmatiker ihre erste Asthmasymptomatik vor dem 10. Lebensjahr bekamen. Eine gewisse Schwierigkeit resultiert aus der Tatsache, daß von analytischer Seite bisher keine eingehenden Untersuchungen psychosomatischer Kinderkrankheiten und speziell des kindlichen Asthma bronchiale vorliegen. In der folgenden Arbeit soll unter anderem diskutiert werden, inwieweit die zumeist an Erwachsenen gewonnenen psychologischen Erkenntnisse auch für das Kindesalter relevant sind und vor allem, ob sich schon hier asthmaverursachende Strukturen ausmachen lassen.

Der historischen Entwicklung der Interpretation des Asthma wollen wir in dieser Arbeit insofern folgen, als wir mit der Beschreibung der geläufigsten somatischen Ätiologietheorien beginnen und zu den psychosomatischen Konzepten fortschreiten. Bei der Darstellung aller Theorien wollen wir allerdings von vornherein bemüht sein, sie auf dem Hintergrund des Freud'schen (4) Konzeptes der "Ergänzungsreihe" zu begreifen, um so von Anfang an einen ganzheitlichen Bezugsrahmen zu haben. Mit diesem Modell, das jedem Krankheitsfall einen individuellen Platz auf der breiten Skala von rein somatisch über halb somatisch - halb psychisch bis zu rein psychisch einräumt, wollen wir außerdem die Diskussion von dem unserer Meinung nach eher hinderlichen "entweder somatisch oder psychisch" zu einem "sowohl als auch" lenken. Bei der Darstellung

- | | |
|------------------|------|
| (3) Smith, J. M. | 1971 |
| (4) Freud, S. | 1915 |

der vielfach rein somatisch interpretierten Allergiephänomene wollen wir der Frage nachgehen, inwieweit es sich bereits hier um ein Zusammenspiel körperlicher und psychischer Reaktionsmechanismen handelt. Anschließend soll versucht werden, das asthmatische Erscheinungsbild psychologisch zu verstehen, um dann die wichtigsten psychologischen Ätiologietheorien zu diskutieren, wobei der Schwerpunkt auf dem psychoanalytischen Konzept liegen wird. Mit Hilfe der Ergebnisse dieser Methode wollen wir die Genese des Asthma in den verschiedenen kindlichen Entwicklungsstadien verfolgen. Anschließend werden die unterschiedlichen therapeutischen Ansätze dargestellt und im Zusammenhang diskutiert. Den Abschluß soll der Versuch bilden, die Problematik besonders des kindlichen Asthma in der ambulanten Medizin und die möglichen therapeutischen Konsequenzen in Thesenform zusammenzufassen.

B 1.1 Bei dem Versuch einer allgemeingültigen Definition des Asthma bronchiale ergeben sich Schwierigkeiten. Shira (5) betont, daß der Begriff "Asthma" mehr beschreibend als definierend sei. Er beziehe sich weniger auf eine spezifische Krankheit als auf verschiedene Gruppen von Symptomen, die auf den gleichen pathophysiologischen Grundlagen beruhten, aber eine verschiedene Ätiologie hätten. Nach Noelpp (6) und Jores (7a) ist es bis heute nicht möglich, eine verbindliche, allgemein anerkannte Definition zu geben. Stattdessen versuchen die meisten Autoren, das Phänomen Asthma weiter zu untergliedern und die einzelnen Erscheinungsformen zu beschreiben. So teilt Noelpp (6) den ganzen Komplex in drei unterscheidbare Zustandsbilder ein: Den Asthmaanfall, den Status asthmaticus und die asthmoide (spastische) Bronchitis, wobei die Übergänge aber sehr fließend seien. Den Anfall beschreibt er als vereinzelt oder periodisch auftretenden, meist akut einsetzenden Zustand erschwerter, besonders im Expirium behinderter Atmung mit den Hauptsymptomen des "wheezing", des Hustens und der Expektoratation eines zähen, typisch zusammengesetzten Sputums. Beim Status handelt es sich um ein über 24 Stunden andauerndes ununterbrochenes Anfallsgeschehen, während die asthmoide Bronchitis weniger akut verläuft und vor allem durch die charakteristische Ausatmungsbehinderung beschrieben wird.

(5) Shira, J.E. 1973

(6) Noelpp, H. 1956

(7a) Jores, A. 1967

Bühlmann (8) definiert folgendermaßen: "Asthma bronchiale ist durch eine anfallsweise Erhöhung der Strömungswiderstände charakterisiert. Die Obstruktion hat eine Vergrößerung der funktionellen Residualkapazität zur Folge und führt zu einer Verteilungsstörung sowie in schweren Fällen zu einer Globalinsuffizienz." Auch er grenzt verschiedene Erscheinungsbilder voneinander ab: "Beim eigentlichen Asthma ist die Lungenfunktion im anfallsfreien Intervall normal. Lassen sich zwischen den Attacken erhöhte bronchiale Strömungswiderstände und ein deutlich erhöhtes Residualvolumen nachweisen, so kann man von einem chronischen Asthma bronchiale sprechen, das sich von der chronischen asthmoiden Bronchitis nur anamnestisch durch den Beginn mit Asthmaanfällen unterscheidet." Rakeman (9) schlägt vor, eine Unterscheidung zwischen "extrinsic" und "intrinsic asthma" vorzunehmen, wobei im ersten Fall die auslösenden Faktoren außerhalb des Körpers liegen sollen und die zweite Gruppe für diejenigen Fälle gelte, wo sich keine äußeren Faktoren, wie etwa Allergene, finden ließen. Viele Autoren betonen allerdings ausdrücklich, daß eine solche Trennung in der Praxis kaum sinnvoll sei, da in den meisten Fällen beide Komponenten zusammenwirkten. Relativ häufig trifft man auch auf Definitionen wie die folgende von Wenner (10): "Ein Asthmasyndrom liegt vor, wenn das "expiratorisch-obstruktive Syndrom" durch immunpathologische

- (8) Bühlmann, A. 1973
 (9) Rakeman, F.M. 1940
 (10) Wenner, J. 1975

Vorgänge bedingt ist, d.h., wenn eine Allergie und/oder eine Infektion zum wiederholten Auftreten des expiratorisch-obstruktiven Syndroms führt." Da solche Definitionen durch die Einbeziehung der nicht abschließend geklärten Ätiologiefrage verschiedene Zustände, die vom Aspekt nicht von den unter die Definition fallenden zu unterscheiden sind, ausschließen, wollen wir die allgemeineren oben zitierten Definitionen zur Grundlage dieser Arbeit machen.

Weitere Schwierigkeiten bestehen bei der Festlegung von Kriterien zur Beurteilung der Schwere des Krankheitsbildes, was auch für eine eindeutige Einschätzung eines etwaigen Therapieerfolges unumgänglich wäre. Leider gibt es bisher keine allgemein verbindlichen oder wenigstens überwiegend benutzten Kriterienschemata, wohl aufgrund der erheblichen Definitionsschwierigkeiten und Beurteilungsunsicherheiten. Am ehesten lassen sich noch Schemata zur Erfassung der Bedrohlichkeit eines Status asthmaticus angeben. Die bereits hierbei auftretenden Probleme werden an dem Schema von Wood und Mitarbeitern (11) verdeutlicht. Er arbeitet mit 5 verschiedenen Kriterien – dem Sauerstoffpartialdruck oder der aufgetretenen Zyanose, den Inspiratorischen Atemgeräuschen, dem Ausmaß der Benutzung der Atemhilfsmuskulatur, dem expiratorischen "wheezing" und den Gehirnfunktionen – und unterscheidet jeweils 3

(11) Wood, D.W., Downes, J.J.
Lecks, H.J.

1972

Schweregrade. Waldman (12) kritisiert an diesem Schema aber zu Recht eine gewisse Widersprüchlichkeit, da z.B. bei fast völligem Versagen der Atmung, also Zyanose bei sinkendem pO_2 und beginnendem Koma, durch die CO_2 -Retention und die völlige Erschöpfung des Kindes auch die Zuhilfenahme der Atemhilfsmuskulatur und das expiratorische "wheezing" nachlassen können.

Trotz einer Vielzahl nicht identischer Definitionen und der Schwierigkeiten, die Schwere des Krankheitsbildes eindeutig festzulegen, ist es doch aufgrund der im nächsten Abschnitt folgenden Beschreibung der Symptomatik mit ziemlicher Sicherheit möglich, die Diagnose zu stellen. Allerdings ergeben sich gerade bei Säuglingen und Kleinkindern auch hier erhebliche Probleme. So ist etwa das Krankheitsbild der Bronchiolitis oft kaum von dem des Asthma zu unterscheiden. Illingworth (13) beschreibt die Bronchiolitis als eine Erkrankung, die besonders während der ersten 6 Lebensmonate auftritt und die vor allem durch RS-Viren (respiratory syncytial virus) verursacht werde. Symptomatisch imponiere besonders die auch für Asthma typische verlängerte Expirationsphase und das Keuchen der Kinder. In späteren Jahren könne sich dann auch noch Asthma entwickeln. Wittig (14) berichtet, daß von einer Gruppe Kinder, die Bronchiolitis hatten,

(12) Waldman, J.D. 1973

(13) Illingworth, R.S. 1973

(14) Wittig, H.J. 1959

später 49 % ein allergisches Asthma entwickelten. In Anbetracht dieser Tatsache wird es besonders schwierig, eine deutliche Abgrenzung der beiden Krankheitsbilder vorzunehmen.

Baumgartner (15a) beschreibt die typische Symptomatik eines Asthmakindes als gekennzeichnet durch ein verlängertes dyspnoisches Expirium und hörbares Pfeifen und Giemen. Bei langer Anamnese entwickle sich aufgrund der auch im Röntgenbild zu diagnostizierenden Lungenüberblähung ein faßförmiger Thorax. Trommelschlegelfinger fänden sich nur in seltenen Fällen. Perkutorisch imponiere der hypersomne Klopfschall, auskultatorisch höre man zischen- de Geräusche während beider Respirationsphasen. Nach Linneweh (16) ist die Erkrankung vor allem durch die expiratorische Dyspnoe gekennzeichnet, die das Kind veranlaßt, die Atemhilfsmuskulatur mitzubenützen. Der Thorax bleibe in extremer Inspirationsstellung fixiert und bewege sich bei der Atmung nur wenig. Wood (17) beschreibt das Erscheinungsbild eines Kindes im Status wie folgt: Das Gesicht drücke Angst aus, die Hautfarbe sei bleich, expiratorisches Keuchen sei deutlich hörbar, ebenso häufiger, quälender Husten. Die Atemhilfsmuskulatur sei in starker Aktivität, und während der Inspiration seien suprasternal, intercostal und subcostal Einziehungen sichtbar. Das Bild eines Patienten im akuten Anfall charakterisiert Jores (7b) folgendermaßen: "Er sitzt aufrecht und pflegt sich im allgemeinen nach hinten abzustützen. Die gesamte Muskulatur am Halse und Thorax ist verspannt, die Bauchmuskulatur ist ebenfalls hart,

- | | |
|-----------------------|------|
| (15a) Baumgartner, H. | 1974 |
| (16) Linneweh, F. | 1962 |
| (17) Wood, D.W. | 1973 |
| (7b) Jores, A. | 1967 |

und wir sehen kaum irgendwelche Atembewegungen, unter Umständen in paradoxer Weise, d.h. eine Einziehung bei der Expiration und eine leichte Vorwölbung bei der Inspiration. Die abdominelle Atmung ist praktisch völlig ausgeschaltet. Es besteht eine rein thorakale Atmung. Das Expirium ist sehr stark verlängert und meist entsteht während des Expiriums ein im Raum hörbares pfeifendes Geräusch ("wheezing")." Baeckmann (18a) beschreibt die Charakteristika der asthmatischen Atmung in folgenden Punkten:

1. steht die Magengrube still, statt heftig auf und ab zu pendeln, wie es bei jedem gesunden Menschen der Fall ist, dem es an Luft mangelt;
2. ist die Atmung nach oben verlegt, d.h. die Kranken atmen nicht nur nicht mit dem Bauch, sondern hauptsächlich mit dem oberen Teil der Brust, und dabei zwingen sie sogar die Atemhilfsmuskulatur des Halses zur Arbeit;
3. wird krampfhaft versucht, tief einzuatmen, ohne daß vorher eine richtige Ausatmung stattgefunden hätte; es ist also eine Einatmung aus der Inspirationsstellung;
4. besteht keine Atempause, also keine Entspannungsphase, kein Moment der Ruhe;

(18a) Baeckmann, C. 1971

5. ist der richtige Atemrhythmus vollständig verlorengegangen;
6. erwecken die Atembewegungen im akuten Anfall den Eindruck eines verzweifelten Kampfes nach Luft.

Bräutigam (19a) beschreibt das Erleben des Asthmatikers im Anfall, aber auch im Zustand leichter Atemnot, als völlig vom Atemvollzug in Anspruch genommen: "Der Kranke ist beschlagnahmt von seinem Atemorgan. Im Verhalten fällt auf, daß die Kranken in der Atemnot unzugänglich sind, sie verhalten sich abweisend, es ist schwer, mit ihnen in Kontakt zu kommen. Das unterscheidet sie von anderen Kranken mit dyspnoischen Lungenkrankheiten." Im Status asthmaticus kann es zur Zyanose kommen, und zwar anfangs weniger aufgrund einer Hypoventilation als vielmehr durch eine Ventilations-Perfusionsstörung. Mit zunehmender Erschöpfung der Atemarbeit kann sogar Bewußtlosigkeit auftreten. In besonders schweren Fällen mit häufiger oder länger andauernder arterieller Hypoxämie werden als deren Folge Uhrglasnägel und Trommelschlegelfinger beschrieben.

Zur weiteren Charakterisierung der physischen Erscheinung des Asthmatikers ist der häufig, vor allem bei Kindern, zu beobachtende Zusammenhang zwischen Asthma, rezidivierenden Infekten der oberen Luftwege und Thoraxdeformierungen, oft auch Fehlhaltungen infolge

(19a) Bräutigam, W. 1973

dauernder Belastung der Atemhilfsmuskulatur zu erwähnen. Durch solche Erscheinungen kann das Bild vom Anfallsleiden überlagert sein von einem Zustand dauernder Atembelastung. Kraepelien (20a) schreibt dazu: "Man wundert sich manchmal, wie rasch Thoraxdeformierungen auftreten können. Die Schulterpartien werden hochgezogen und vorgeschoben, die Wirbelsäule wird kyphotisch, die vordere Brustwand wird seitlich zusammengedrückt, die Sternalpartie tritt vor, am unteren Brustkorb bildet sich eine horizontale Furche." Trotz der Definitionsschwierigkeiten scheint aufgrund der doch weitgehend identischen Beschreibungen des asthmatischen Geschehens und seiner Auswirkungen sichergestellt, daß in verschiedenen Fachgebieten und Ländern unter Asthma bronchiale ein und dasselbe Krankheitsbild verstanden wird.

Im Hinblick auf die Pathogenese stellte Engström (21) durch Provokationstests bei asthmatischen Kindern fest, daß es in allen Fällen zu einer Zunahme des Atemströmungswiderstandes, einer Vergrößerung der funktionellen Residualkapazität und des Residualvolumens und zu einer Abnahme der Vitalkapazität und vor allem des Volumens im Sekudentest nach Tiffenau kam. Alle diese Ergebnisse lassen sich befriedigend als Folgen einer Atemwegsobstruktion erklären, für die wiederum folgende Ursachen verantwortlich gemacht werden: Ödematöse Mucosaschwellung, Hypersekretion eines zähen Schleimes und der typische Bronchialspasmus, der nach Erdmann (22a) sowohl durch eine virale Infektion als auch durch psychische Alteration unter Beteiligung des vegetativen Nervensystems verursacht sein kann. Es fällt auf, daß dieselben pathophysiologischen Abwehrreaktionen einmal auf der Basis der Allergietheorie erklärt werden können, also durch Antikörper-Antigen-Reaktion vom Typ I mit Freisetzung bestimmter Mediatoren aus den Mastzellen, wodurch dann die beschriebenen Wirkungen an der Schleimhaut und Muskulatur hervorgerufen werden. Zum anderen lassen sich diese Wirkungen auch mit einem Überwiegen des Parasympathikus erklären. Aus den Erfahrungen mit der medikamentösen Therapie ergeben sich gewisse Hinweise, daß beide Möglichkeiten vorkommen. So haben Sympathomimetika, die an der Lunge den parasympathischen Einflüssen direkt entgegenwirken, in einem großen Teil der

- | | |
|--------------------|------|
| (21) Engström, J. | 1964 |
| (22a) Erdmann, G. | 1975 |

Fälle guten Erfolg, während auch Medikamenten, die die Mastzelldegranulation erschweren, wie Dinatrium cromoglicicum, einen Teil der Anfälle verhindern können. Möglicherweise kommen auch beide Möglichkeiten bei ein und demselben Individuum in Frage.

Die Trias von Schleimhautödem, Spasmen der glatten Muskulatur und überschießender Schleimproduktion kann aber nach Jores (7c) nicht alle Symptome des Asthma bronchiale befriedigend klären. Zum Beispiel sei nicht einzusehen, warum die Inspiration nicht genauso behindert sei wie die Expiration; außerdem gäbe es für das Pfeifgeräusch keine Erklärung in den Fällen, wo kein Sekret gefunden werden könne. Auch die Tatsache, daß man Asthmaanfälle lernen könne, ließe sich bei einem ausschließlich von der Schleimhaut und der glatten, also vom Willen nicht beeinflussten Muskulatur hervorgerufenen Vorgang nicht befriedigend klären. Eine Arbeit von Dekker und Groen (23), die die asthmatischen Symptome mit einer Kompression der Luftwege infolge eines stark erhöhten intrathorakalen Druckes erklären, bringt hier eine weitergehende Erklärung: Bei der Expiration, einem normalerweise passiven Vorgang, der durch die elastischen Retraktionskräfte der Lunge bewirkt wird, nimmt

(7c) Jores, A. 1967
(23) Dekker, E. und Groen, J. 1957

der Asthmapatient die Atemmuskulatur zu Hilfe. Dadurch könne der normalerweise negative intrathorakale Druck bis auf 200 cm H₂O ansteigen. Auf Röntgenaufnahmen konnten die Autoren nun nachweisen, daß dieser Druck tatsächlich zur Kaliberreduktion des Bronchialbaumes führt. Weiter konnte anhand des Pneumotachogramms gezeigt werden, daß der Hauptdruckabfall zwischen intrapulmonalem Bronchus und Hauptbronchus stattfindet, was sich am besten mit einer Kompression der Trachea und der großen Bronchien erklären ließe. Aus solchen Ergebnissen schließt Jores (7c), "daß der Asthmaanfall wesentlich durch den erhöhten intrapulmonalen Druck entsteht, der willkürlich durch eine forcierte aktive Ausatmung erzeugt wird und daher wahrscheinlich die Folge einer völlig falschen Atemtechnik des Asthmaticus ist". Er hält es für sehr wahrscheinlich, daß zumindest in den Fällen, wo keine allergischen Schleimhautreaktionen nachgewiesen werden können, die Atemstörung mit diesem Mechanismus zu erklären sei. Wo eine Allergie nachgewiesen sei, hält er eine Überlagerung beider Phänomene für wahrscheinlich. In eine ähnliche Richtung geht die Erklärung von Bräutigam (19b), der den erhöhten Bronchialwiderstand durch den Bronchiolenkrampf und die Schleimhauthypersekretion in ihrer funktionellen Bedeutung akzeptiert, aber weiter schreibt: "Es ist aber fraglich, ob diese Faktoren zusammen mit

(7c) Jores, A.

1967

(19b) Bräutigam, W. und Christian, P. 1973

der veränderten Lungendehnbarkeit die asthmatische Atemnot erklären können. Im Spiele ist meistens noch ein Krampfungszustand der willkürlich innervierten Atemmuskulatur, besonders des Zwerchfells. Im Pneumogramm und Pneumotachogramm läßt sich zeigen, daß während der Ausatmung meist eine Hemmung eintritt, die auf einen plötzlich einsetzenden verstärkten Tonus der in diesem Fall antagonistischen Inspirationsmuskulatur zurückgeführt werden muß. Sie beruht auf einer mangelhaften Entspannung des Zwerchfells, beziehungsweise auf einer inspiratorischen Gegenbewegung." Auch diese Erklärung läuft im Endeffekt auf eine wenigstens zum Teil falsche Atemtechnik des Asthmikers hinaus. Sie wird unterstützt durch die Tatsache, daß man mit einer Atemtherapie bzw. autogenem Training zur Entspannung der bei Asthmikern hypertonen Atemmuskulatur recht gute Erfolge erzielen kann. Bräutigam (24a) interpretiert die drei Funktionsglieder, die den Asthmaanfall hervorbringen können, nicht als bloß gestörte Einzelaktionen, sondern als "koordinative Schablone unter dem Gesichtspunkt einer Abwehrleistung des Organismus".

(24a) Bräutigam, W. 1954

Unter dem Blickwinkel der Epidemiologie betrachtet fällt auf, daß Asthma in allen Lebensaltern vorkommt, jedoch findet sich nach übereinstimmenden Angaben in der Literatur eine deutliche Häufung im ersten Lebensjahrzehnt und speziell in den ersten Jahren. Smith (25) gibt an, daß 50 % der Asthmatiker die Krankheit vor dem 10. Lebensjahr bekommen, und von diesen Fällen kindlichen Asthmas entwickeln nach Engström (26) und Mitarbeitern wiederum 60 % erste Symptome in den ersten drei Lebensjahren. Im Kindesalter überwiegen nach übereinstimmenden Angaben die Jungen im Verhältnis 2 : 1. Nach Aas (27) und Ryssing (28) sind nach der Pubertät 30 bis 45 % dieser Kinder auch ohne oder nur mit symptomatischer Therapie asthmafrei. Nach der Pubertät ist das Geschlechtsverhältnis dann ausgeglichen, bzw. die Frauen überwiegen sogar leicht. Das kann nur bedeuten, daß ein sehr großer Teil der Jungen, verglichen mit den Mädchen, die Krankheit "auswächst", bzw. daß viel mehr Frauen als Männer erstmals nach der Pubertät erkranken.

In bezug auf die geographische Verbreitung stellt Kraepelien (20b) fest,

- | | |
|---|------|
| (25) Smith, J.M. | 1971 |
| (26) Engström, J., Escardo, F.E.,
Karlberg, P., Kraepelien, S. | 1959 |
| (27) Aas, K. | 1963 |
| (28) Ryssing, E. u. Flensburg, E.W. | 1963 |
| (20b) Kraepelien, S. | 1966 |

daß Asthma über die ganze Welt verbreitet sei, jedoch Europa und Nordamerika bevorzugt zu sein scheinen. Die Häufigkeitsangaben variieren sehr stark zwischen verschiedenen Ländern, geben aber doch einen Überblick über die Bedeutung der Erkrankung im allgemeinen. Für die BRD wird die Zahl der Asthmatiker vom Bundesgesundheitsministerium (29) für das Jahr 1968 auf über 300.000 geschätzt, wovon über 90.000 Kinder seien. Für die USA gibt das Department of Health, Education and Welfare (30a) für das gleiche Jahr wenigstens 1,5 Millionen asthmapranke Kinder an. Schick (31) gibt die Asthmafrequenz unter amerikanischen Kindern mit 5 % noch erheblich höher an. Für Skandinavien gibt Frandsen (32) die Häufigkeit kindlichen Asthmas mit 0,7 bis 0,8 % an, und Morrison Smith (33) fand bei einer Untersuchung von Birminghamer Schulkindern bei 1,8 % Asthma. Die enorme Bedeutung des Asthma für die Gesamtmorbidität der USA läßt sich aber auch daran ermessen, daß es die häufigste chronische Erkrankung bei Kindern unter 17 Jahren ist (30b), und daß es unter allen Erkrankungen für die meisten Krankheitsfehltage in der Schule verantwortlich ist (30c).

- | | |
|---|------|
| (29) Bundesministerium für Gesundheit | 1968 |
| (30a) US-Department of Health, Education
and Welfare | 1968 |
| (31) Schick, B. | 1958 |
| (32) Frandsen, S. | 1958 |
| (33) Morrison Smith, J. | 1961 |
| (30b) US-Department of Health, Education
and Welfare | 1968 |
| (30c) US-Department of Health, Education
and Welfare | 1968 |

Seine Bedeutung für die Gesamtmortalität im Kindesalter ist vergleichsweise gering, doch sterben allein in den USA jährlich 200 bis 250 Kinder an Asthma und seinen Folgen (34a). Einige Autoren, z.B. Kraepelien (20b), sprechen von einer Zunahme der Erkrankungsfrequenz. Jores (7d u. e) belegt das mit folgenden Zahlen für Deutschland: Danach kamen 1937 auf 10.000 Versicherte 17 Asthmatiker, während es 1952 bereits 27 und 1967 dann 70 gewesen seien. Nach Pflanz (35) ist die Morbidität in höheren Gesellschaftsschichten und die Mortalität in unteren größer.

Zur Verteilung innerhalb der USA geben Schiffer und Hunt (36) an, daß sich die Erkrankungshäufigkeit von Stadt- und Landbevölkerung wie 3 : 2 verhält. U.a. aus dieser Beobachtung, die wohl auch für andere Länder zutrifft, zieht Jores (7e) den Schluß, daß Asthma mit "fortschreitender Zivilisation - oder besser wohl Intellektualisierung - häufiger" werde. Diese These belegt er mit Untersuchungen von Spoujitch (37) aus Jugoslawien, der herausfand, daß in der Voivodna, einer Tiefebene, die immer dem Einfluß westlicher Zivilisation ausgesetzt war, die Asthmahäufigkeit

(34a) Shira, J.E.	1973
(20b) Kraepelien, S.	1966
(7d u.e) Jores, A.	1967
(35) Pflanz, M.	1962
(36) Schiffer, C.G. u. Hunt, B.P.	1968
(37) Spoujitch, V.	1958

zwischen 3 und 5 % lag, während sie in den bergigen Gegenden Serbiens mit armer Bevölkerung und noch traditionell patriarchalischer Gesellschaftsordnung bei nur 0,4 % lag. Hier ist allerdings kritisch anzumerken, daß bei dieser Betrachtung klimatische und den Allergengehalt der Umwelt bestimmende Einflüsse ganz außer Acht blieben. Ein ähnliches Resultat erbrachte aber auch eine Untersuchung von Ehrström (38) bei 1.500 Eskimos in Grönland. Unter den noch fest in ihrer von magischen Vorstellungen geprägten Tradition verwurzelten Eskimos fand er bei der gleichen allergischen Reaktionsbereitschaft wie bei westlichen Bevölkerungsgruppen nur einen Fall von Asthma, und es handelte sich dabei bezeichnenderweise um den Sohn eines höheren Beamten, der schon deutlich unter westlichen Einfluß geraten war. Im Zusammenhang mit der Tatsache, daß unter Bevölkerungsgruppen, die ihr heimatliches Milieu verlassen haben und sich in fremden Kulturkreisen ansiedelten, wie etwa den Weißen in Indien oder den Negern in den USA, verglichen mit denen in Afrika, Asthma und Allergien besonders häufig anzutreffen sind, stellt sich die Frage, ob möglicherweise immer dort eine Zunahme der Allergieanfälligkeit auftritt, wo die Individualität des Einzelnen durch erheblichen Verlust seines Geborgenheitsgefühls überfordert wird. Hier ist allerdings zu bedenken, daß bei den oben genannten

(38) Ehrström, M. Ch. 1951

Bevölkerungsgruppen ganz allgemein eine überdurchschnittlich starke Häufung psychosomatischer Erkrankungen anzutreffen ist, so daß dem Verlust des heimatlichen Milieus und der daraus resultierenden Verunsicherung keine Spezifität in bezug auf Asthma beigemessen werden kann. Außerdem läßt sich wiederum das Argument anführen, daß bei einer solchen Betrachtungsweise den exogenen Einflüssen keine genügende Beachtung geschenkt worden sei. Denkbar wäre immerhin, daß die betreffenden Personen in ihrer neuen Umwelt mit in der alten Umgebung nicht vorhandenen Allergenen in Kontakt kamen.

B 2 Nach diesen, das asthmatische Geschehen beschreibenden Vorarbeiten soll nun versucht werden, der These von der multikausalen Genese des Asthma eine theoretische Grundlage zu geben. Bräutigam (19c) belegt seine Vorstellung vom Asthma bronchiale als klassischem Beispiel einer multifaktoriell bedingten psychosomatischen Krankheit mit einer Statistik, die die Bedeutung der allergischen, psychischen und infektiösen Komponenten herausstellt. Die Beurteilung von 441 Asthmatikern, die von verschiedenen, voneinander unabhängigen Spezialisten untersucht wurden, erbrachte folgendes Ergebnis in bezug auf drei ätiologische Hauptkomponenten:

Hauptkomponente	In % der Fälle		
	vorherrschend	unterstützend	unwichtig
psycho-somatische	37	33	30
infektiöse	38	30	32
allergische	23	13	64

Mit seiner wegweisenden Theorie der psychosomatischen Erkrankungen gelang es zuerst Alexander (2), verschiedene ätiologische Komponenten in einem einheitlichen Modell zu integrieren, welches hier dargestellt werden soll, um der späteren Diskussion einzelner ätiologischer Faktoren eine Grundlage zu geben.

- (19c) Bräutigam, W.
und Christian, P. 1973
(2) Alexander, F. 1951

Alexander geht von der alltäglichen Beobachtung aus, daß das ganze menschliche Leben unter dem bestimmenden Einfluß psychischer Phänomene, wie Ideen und Gedanken, abläuft. Der Körper reagiert ständig mit zum Teil komplizierter motorischer Aktivität auf Ideen und Wünsche, die der Befriedigung bestimmter Gefühle dienen. Diese Gefühle können wir nur durch physiologische Mechanismen, wie Sprechen, Weinen, Erröten, Herzklopfen usw., ausdrücken. Diese physiologischen Reaktionen wiederum bauen sich aus komplexen muskulären Phänomenen auf, die ihrerseits unter dem Einfluß nervöser Regulation stehen. Die nervösen Impulse aber entstehen in emotionalen Situationen, welche am besten mit psychologischen Begriffen beschrieben werden können, genau wie die entsprechenden physiologischen Phänomene am günstigsten in Begriffen der Physiologie dargestellt werden. Beide Wissenschaften zielen nach Alexander auf die gleichen Vorgänge, der Unterschied liege in der Art des Vorgehens. Er verdeutlicht die psychische Beeinflussung physiologischer Vorgänge auf drei Ebenen:

- 1) auf willkürliche Verhaltensweisen,
- 2) auf "Ausdrucksinnervationen",
- 3) auf vegetative Reaktionen auf emotionale Reize.

Zu 1) gehört z.B. das Phänomen, daß ein Gedanke zu einer willkürlichen Muskelaktivität führen kann. In physiologischen Prozessen, wie dem Weinen und Erröten, die er Ausdrucksinnervationen 2) nennt, sieht Alexander die

Entlastung einer spezifischen emotionalen Spannung. Ein gewisses Maß muskulärer Energie wird beim Lachen, Seufzen oder Stirnrunzeln verbraucht, um emotionale Spannungen zu entladen.

Die dritte Gruppe der vegetativen Reaktionen auf psychische Reize 3) beschäftigt sich mit dem Phänomen der parallelen Reaktion auf organischer und emotionaler Ebene: So ist zum Beispiel die Emotion Wut begleitet von einer Bludruckerhöhung, die hier nicht der Affektabfuhr dienen soll, sondern die normale physiologische Anpassungsreaktion des Organismus an die entsprechende Situation ist. Alexander teilt die vegetativen Reaktionsmöglichkeiten analog der Unterteilung des vegetativen Nervensystems in zwei Gruppen ein: Die parasymphatische, die hauptsächlich für Aufbau und Erhaltung des Organismus verantwortlich ist, und die sympathische, die den Organismus auf Kampf und Flucht vorbereitet. "Man kann verallgemeinernd sagen, daß unter parasymphathischem Überwiegen sich das Individuum von seinen äußeren Problemen in eine bloße vegetative Existenz zurückzieht, während es in der sympathischen Erregung seine friedlichen Funktionen des Aufbaus und des Wachstums vernachlässigt oder hemmt und seine ganze Kraft der Bewältigung von Problemen zuwendet, die mit seiner äußeren Umwelt zusammenhängen." (39a). Beide Anteile sind fast

(39a) Alexander, F. 1971

durchwegs antagonistisch in ihren physiologischen Auswirkungen: Bei parasympathischer Innervationslage herrschen verschiedene Schutzmaßnahmen vor, wie Verengung der Pupillen und erhöhter Tonus der Bronchialmuskulatur, in der Leber wird Energie in Form von Glykogen gespeichert, und es kommt zu einer Anregung der Verdauungsprozesse. Dagegen wird bei sympathischer Innervationslage das Blut vom Gastrointestinaltrakt in Herz, Lungen und Skelettmuskulatur verlagert werden, wegen des erhöhten Energiebedarfs die vorher angelegten Speicher wieder entleert, und es kommt durch Anregung der Adrenalin ausschüttung aus dem Nebennierenmark zu Blutdruck und Stoffwechselsteigerungen. Diese physiologischen Anpassungsleistungen des Organismus bilden sich normalerweise nach erfolgter Reaktion wieder zurück, bzw. gehen entsprechend der jeweiligen Bedürfnislage ineinander über. Wird nun aber das Ausagieren des zugrunde liegenden Affektes wiederholt gehemmt, so bilden sich nach einiger Zeit die physiologischen Reaktionen nicht mehr vollständig zurück, und es kann zum Beispiel zur Chronifizierung einer Abwehr- oder Ruhehaltung kommen.

Abb. 1. Schematische Darstellung des Spezifitätsbegriffs bei der Ätiologie von vegetativen Funktionsstörungen.



Das Schema zeigt die beiden Arten von vegetativen Reaktionen auf emotionale Zustände. Auf der rechten Seite sind diejenigen Zustände dargestellt, die sich entwickeln können, wenn die Abfuhr feindseliger aggressiver Antriebe (Kampf oder Flucht) blockiert und im Oberflächenverhalten vermißt wird; auf der linken Seite erscheinen diejenigen Zustände, die sich entwickeln, wenn die abhängigen hilfesusuchenden Strebungen blockiert sind (39b).

Alexander (39c) beschreibt an einigen Beispielen, wie durch das Wegfallen der Affektentladung auf physiologischer Ebene ein Dauerreizzustand entstehen könne, der zu einer funktionellen Störung des betreffenden Organs führe. Besteht diese funktionelle Störung lange genug, so könne es zu morphologisch manifesten Veränderungen kommen, und man müsse dann von einer psychosomatischen Krankheit sprechen. Das Asthma bronchiale scheint hierfür ein eindrucksvolles Beispiel zu sein mit seinem häufigen Übergang von einer anfangs funktionellen Atemstörung zu oft irreversiblen Lungenveränderungen. So können also Gefühle, die nicht durch Handlungen zum Ausdruck und damit zur Abfuhr gelangen, weiterhin vegetative Funktionen beeinflussen. Nach Alexander

(39b) Alexander, F. 1971

(39c) Alexander, F. 1971

scheint es sogar so zu sein, daß bestimmten emotionalen Konflikten eine besondere Affinität zu bestimmten Organsystemen zukommt; so manifestiert sich gehemmte Wut häufig am Herz-Kreislaufsystem, während ein Konflikt zwischen sexuellen Wünschen und Anlehnungsbedürfnissen eine Beziehung zur Atmungsfunktion zu haben scheint. Alexander kommt zu dem Schluß, daß jeder emotionale Zustand sein eigenes physiologisches Syndrom habe, wobei das Manifestwerden einer etwaigen Erkrankung aber auch stark von der Anlage des infrage kommenden Organs abhängt. Beim Asthma sei der Kernkonflikt scharf umschrieben: Furcht vor der Trennung von der Mutter oder ihrer Ersatzfigur. Diese charakteristische Konfliktkonstellation könne jedoch bei einer Vielzahl verschiedener Persönlichkeitstypen vorkommen. Man könne also eher eine Konfliktspezifität als spezifische Persönlichkeitsprofile finden. In diesem Zusammenhang haben Alexander und Mitarbeiter (40) sehr aufschlußreiche Experimente durchgeführt. Sie spielten verschiedenen Patientengruppen mit essentiellm Hochdruck, Arthritis, Thyreotoxikose und Asthma bronchiale Filme mit verschiedenen genau definierten Konfliktsituationen vor. Anhand von synchron aufgezeichneten physiologischen Parametern, wie Herzaktion, Muskeltonus, Atmungswerten, Hautwiderstand, Blutdruck und Schilddrüsenfunktion, und anschließend durchgeführten

(40) Alexander, F. 1962

psychiatrischen Interviews konnten sie zeigen, daß tatsächlich jede der Patientengruppen auf eine spezifische Situation ganz überdurchschnittlich stark reagierte. Der für Asthmatiker typische Film handelte von dem verzweiferten Kampf einer Frau, sich von ihrer "overprotective mother", mit der sie nicht offen kommunizieren konnte, zu emanzipieren. Das Bronchialasthma gehört nach Alexanders Einteilung zu den parasymphatischen Syndromen. Anstatt einer aktiven Auseinandersetzung mit der Realität, kommt es zu einer Flucht in eine abhängige, hilfeschende Haltung, die für den ruhenden Organismus charakteristisch ist, weshalb Alexander auch von einem "vegetativen Rückzug" spricht. Der emotionale Rückzug in die Geborgenheit läßt sich aber aus verschiedensten Gründen in der Realität nicht in dem Maße vollziehen, und so kommt es zu dem beschriebenen typischen Weiterbestehen der physiologischen Bereitschaft. Dabei erfolgt aber nicht nur ein örtlicher Rückzug auf ein anderes Organsystem (von der Skelettmuskulatur etwa zur Lunge), sondern auch ein zeitlicher Rückzug, eine Regression auf ein Reaktionsschema, das typisch für Kleinkinder ist, die emotionale Spannungen häufig mit vegetativen Reaktionen beantworten.

Alexander (39d) ist allerdings nicht der Meinung, daß man den entscheidenden ätiologischen Faktor für ein Krankheitsbild generell bestimmen könne, da es sich in der Medizin immer um multikausale Bedingtheiten

(39d) Alexander, F. 1971

handle. Er nennt folgende somatische und psychologische Faktoren nebeneinander und betont, daß sich ihre jeweilige Bedeutung nur im individuellen Fall direkt beurteilen lasse:

A) Erbanlage; B) Geburtstraumen; C) organische Krankheiten in der Kindheit, die die Anfälligkeit gewisser Organe erhöhen; D) Art der Säuglingspflege und Kleinkindererziehung; E) akzidentelle physikalische traumatische Erlebnisse der frühen und späten Kindheit; F) akzidentelle emotionale traumatische Erlebnisse der frühen und späten Kindheit; G) seelisches Familienklima und spezifische Persönlichkeitszüge von Eltern und Geschwistern; H) spätere physische Verletzungen; I) spätere emotionale Erlebnisse bei nahegehenden persönlichen oder beruflichen Beziehungen. Aus dem individuell verschiedenen Zusammenwirken einiger dieser Faktoren kann sich eine Störung wie das Asthma bronchiale entwickeln.

Andere Schwerpunkte bringt das mehr die Entwicklung des menschlichen Organismus berücksichtigende Modell der De- und Resomatisierung von Schur (41) in Verbindung mit Vorstellungen von Mitscherlich (42) über zwei verschiedene, in Wechselwirkung stehende Organisationssysteme: Ein körperliches und ein psychisches, mit jeweils eigenen Funktionsprinzipien und Entwicklungstendenzen. Entsprechend der unterschiedlichen Entwicklungsgeschwindigkeit

(41) Schur, M. 1955

(42) Mitscherlich, A. 1962

der beiden Organisationskerne (43) stehen dem Organismus zu verschiedenen Zeiten verschiedene Reaktionssysteme auf äußere und innere Reize zur Verfügung. Das psychische Organisationssystem entwickelt sich durchaus vergleichbar mit dem körperlichen in seinen einzelnen Teilen nach einem relativ festen Grundplan, wobei jeder Teil eine kritische Phase des Übergewichtes durchmacht, bis die Teile zu einem funktionierenden Ganzen zusammenwachsen. Die Organisationssysteme entwickeln sich nach ganz ähnlichen Prinzipien, nur liegt der zeitliche Schwerpunkt hier in der Intrauterinphase (mit einigen Ausnahmen, wie Immunsystem oder ZNS), während das Wachsen des psychischen Organismus erst später in den ersten Lebensjahren seine Schwerpunkte hat. Freud nennt in diesem Zusammenhang die orale, anale und ödipale Phase. Erickson (44) spricht von schubweise wachsenden Komponenten seelischer Gesundheit: Zuerst entwickle sich das Gefühl von Urvertrauen, dann der autonome Wille und schließlich die Eigeninitiative. Während die frühesten kindlichen Reaktionen bei noch mangelhafter Ausbildung der Ich-Funktionen in unkontrollierbaren Muskelaktionen bestehen oder auf vegetativer Ebene ablaufen, kommt es mit zunehmender Reife zu immer koordinierteren Muskelaktionen und schließlich mit Reifung des seelischen Apparates zu Sekundärprozessen wie dem Denken, die dann

- | | |
|---|------|
| (43) vergl. auch Spitz, A.R. | 1972 |
| Eine genetische Feldtheorie der Ichbildung, | |
| (44) Erickson, E.H. | 1957 |

die frühen diffusen Abwehrphänomene ersetzen. Die Reifungsvorgänge haben so eine zunehmende Desomatisierung der Reaktionen zur Folge. Physische Reaktionen können schließlich durch geistige Handlungen (Denken im Sinne Freuds als Probehandeln) ersetzt werden und die vegetativen Abfuhrmechanismen treten zurück. Kommt es nun nicht zur Ausbildung, den jeweiligen Phasen angemessener Ich-Funktionen, so kann das zu einer Regression auf frühere Reaktionsschemata und folglich zu einer Resomatisierung führen.

Hier zeichnet sich eine Verbindungslinie von psychosomatischen Erkrankungen, bei denen es sich wohl in vielen Fällen um solche Resomatisierungsphänomene handelt, zu sehr frühen traumatisierenden Schäden ab. Natürlich hängt aber das Phänomen einer Störung des Gleichgewichts nicht nur von der Entwicklung und Stärke des aktivierten Reaktionssystems ab, sondern auch von der Art des Reizes und der Situation desjenigen Organsystems, das betroffen ist, bzw. mit dessen Hilfe eine vegetative Abfuhr erreicht würde. Am Beispiel der Reizstärke läßt sich das leicht veranschaulichen: Bei sehr starkem Nebel wird fast allen Menschen das Atmen schwerer, aber nur wenige bekommen asthmatische Atemnot. Der Reiz kann aber beispielsweise

bei Ammoniakdämpfen so intensiv werden, daß sich jeder dieser Umwelt durch reflektorischen Atemstillstand verschließt.

Freud (4), der sich ansonsten kaum mit psychosomatischen Phänomenen auseinandersetzte, hat den zentralen Begriff der "Ergänzungsreihe" in die Medizin eingeführt, womit er auf die Abhängigkeit von situationsbedingten Umwelteinflüssen und konstitutioneller Disposition hinwies: "Es ist nicht leicht, die Wirksamkeit der konstitutionellen und der akzidentellen Faktoren in ihrem Verhältnis zueinander abzuschätzen. In der Theorie neigt man immer zur Überschätzung der ersteren; die therapeutische Praxis hebt die Bedeutung der letzteren hervor. Man sollte auf keinen Fall vergessen, daß zwischen den beiden ein Verhältnis von Kooperation und nicht von Ausschließung besteht. Das konstitutionelle Moment muß auf Erlebnisse warten, die es zur Geltung bringen, das akzidentelle bedarf einer Anlehnung an die Konstitution, um zur Wirkung zu kommen. Man kann sich für die Mehrzahl der Fälle eine sogenannte "Ergänzungsreihe" vorstellen, in welcher die fallenden Intensitäten des einen Faktors durch die steigenden des anderen ausgeglichen werden, hat aber keinen Grund, die Existenz extremer Fälle an den Enden der Reihe zu leugnen."

(4) Freud, S. 1915 - 1920

Die folgenden Erklärungsversuche der Asthmaentstehung sollen zur Auffindung ätiologischer Komponenten im Sinne Alexanders diskutiert werden. Wie aus Freude Ausführungen hervorgeht, können sich die einzelnen Faktoren addieren und nur die Betrachtung ihrer Gesamtheit gibt ein verlässliches Bild. Zu kritisieren ist der Anspruch einzelner Theorien, das ganze asthmatische Geschehen allein klären zu können. Das gilt natürlich auch für die psychologische Ätiologietheorien, wie von Mirsky (45) deutlich formuliert wird: "Psychosomatisch heißt nicht psychogen. Andererseits bedeutet es auch nicht die Abwesenheit einer erblichen Determinante. Es will einzig besagen, daß für die Entwicklung einer Krankheit ein aus dem Erleben stammender Faktor eine wesentliche, aber nicht ausschlaggebende Bedingung ist." Ein Alleinvertretungsanspruch ist vor allem deshalb so bedenklich, weil er leicht dazu verleitet, auch die Therapie in gefährlicher Weise einzuschränken. Wie später in einem Abschnitt über die Therapiemöglichkeiten noch näher ausgeführt werden soll, ergibt sich beim Asthma die dringende Notwendigkeit zur Zusammenarbeit aller infrage kommenden Fachrichtungen.

(45) Mirsky, A. 1962

B 3.1 Das in manchen Familien gehäufte Antreffen von Asthmatikern ist eine aus vielen Anamnesen gesicherte Tatsache, die für die Vererbung der Krankheit sprechen könnte. Schwartz (46) kam bei einer Erhebung der Familienanamnese bei 191 Asthmatikern zu folgendem Ergebnis: Bei 1.634 Angaben über Angehörige aus der Asthmatikergruppe fand er unter ihnen 108 mal Astmatiker. Bei 1.790 vergleichbaren Angaben über Angehörige einer Kontrollgruppe konnte er nur bei 18 Personen Asthma feststellen; also ein deutlicher Hinweis auf die familiäre Häufung der Krankheit. Allerdings ließe sich von psychologischer Seite einwenden, daß es sich bei diesen Fällen ebenso um sogenannte Pseudoheredität aufgrund von Familientraditionen handeln könnte. Es ist bekannt, daß früher, intensiver Kontakt mit Asthmatikern oder anderen Lungenkranken auf Kinder einen schwerwiegenden Einfluß haben kann, wenn nämlich diese Personen als Identifikationsobjekte dienen. Da Asthmaanfälle, wie Jores zeigen konnte, erlernbar sind und dann nur schwer wieder verschwinden, könnte auch über eine Nachahmung und spätere Verselbständigung eine Heredität vorge-
täuscht werden.

Mit Hilfe der Zwillingsforschung ist es möglich, hier weitgehend Klarheit zu schaffen: Wenn in auslesefreien Gruppen von eineiigen Zwillingen das konkordante Auftreten einer Krankheit deutlich höher ist als bei zweieiigen, so gilt das als weitgehend beweisend für

(46) Schwartz, M. 1952

Erbfaktoren. In bezug auf Asthma kam Verschuier (47) dabei zu folgenden Resultaten: Unter 39 ein-eiigen Zwillingspaaren fand er 13 konkordant, was 33,3 % entspricht, und unter 54 zweieiigen fand er 3 konkordante, was 5,6 % entspricht. Zu in der Tendenz ähnlichen Ergebnissen kommen Harvald und Hauge (48) bei einer Auswertung des Dänischen Zwillingsregisters. Ebenso wie bei Verschuiers klinisch orientierter Zwillingsforschung standen hier unbezweifelbar auslese-freie Zwillingsserien zur Verfügung, da den Auto-ren Daten über alle Zwillinge der gesamten däne-schen Population von 1954 bis 1968 zur Verfügung standen. Sie fanden 63 % Konkordanz bei einei-igen Zwillingen und 38 % bei zweieiigen. Die ziemlich große absolute Schwankung zwischen beiden Ergebnissen muß wohl dem immer noch relativ geringen Umfang der Serien zugeschrie-ben werden. Biermann (49a) weist darauf hin, daß sich auch eineitige Zwillinge in ihrer Entwicklung, vor allem was die Beziehung zur Mutter betrifft, noch erheblich unterscheiden können, doch diese Tatsache erhöht eher noch den Aussagewert obiger Untersuchungen, die also eine genetische Kompo-nente sichern.

Von allergologischer Seite ließe sich einwenden, daß die Bereitschaft zur Sensibilisierung, ob vererbt oder nicht, in jedem

- | | |
|--------------------------------|------|
| (47) Verschuier, O.v. | 1958 |
| (48) Harvald, B. u. Hauge, M. | 1968 |
| (49a) Biermann, G. | 1969 |

Menschen vorhanden sei und insofern die Theorie von der Erbllichkeit des Asthma für eine Betrachtung vom Allergiestandpunkt keinen Erklärungswert habe. Hier wäre nicht die Vererbung der Krankheit an sich, sondern die Vererbung der Bereitschaft zur Hypersensibilisierung, die nur bei wenigen Menschen vorhanden ist, von Erklärungswert.

Aus der Tatsache, daß die Konkordanz ca. 33 % bzw. 63 % und nicht 100 % beträgt, geht auf alle Fälle hervor, daß noch weitere Faktoren eine wichtige Rolle spielen müssen. Hier scheint der Vorschlag von Vogel (50), von einer "multifaktoriellen Vererbung mit Schwellenwerteffekt" zu sprechen, sehr brauchbar. Er ebnet den Weg von dem absoluten "entweder erblich oder umweltbedingt" zu dem realitätsgerechteren "sowohl als auch". In dem multifaktoriellen Vererbungskomplex könnte es neben Faktoren, die die Hypersensibilisierungsbereitschaft des Organismus bestimmen, auch solche geben, die in Richtung einer Organdisposition wirken. Ein relativ hoher Schwellenwert, der die Penetranz regeln würde, ließe auch genug Raum für den nachweisbaren Einfluß exogener Faktoren. Diese Theorie könnte auch die überdurchschnittliche Häufigkeit anderer Atopien in der Verwandtschaft von Asthmatikern erklären, da es sich um die vererbte

Hypersensibilisierungsbereitschaft bei verschiedenen Organdispositionslage handeln könnte.

B 3.2 Eine besonders früher verbreitete somatisch orientierte Theorie geht von endokrinen Faktoren als Ursache des Asthma aus (siehe Bucerius weiter unten). Diese Theorie kann sich auf die Beobachtung stützen, daß bei Frauen oft eine gewisse Bindung der Asthmaanfälle an den Menstruationszyklus festzustellen ist. Kraepelien (20c) beschreibt auch bei Asthmadädchen eine häufige Exacerbation der Krankheit mit der Menstruation. Jores (7f) gibt für 30 % der an Asthma leidenden Frauen einen Zusammenhang zwischen Menstruation und Anfällen an. Auch der Menarche billigt er einen gewissen Einfluß zu, da Asthma mit ihr beginnen aber auch enden, bzw. sich bessern oder verschlimmern könne. Ähnliches ließe sich auch für das Klimakterium und mit Einschränkungen auch für Schwangerschaften sagen. Shira (34b) betont ebenfalls die Einflüsse der oben erwähnten hormonellen Umstellungen, kommt dann aber zu dem Schluß, daß sich während dieser physiologischen Zustände solch erhebliche Stoffwechsel- und Hormonverschiebungen ereigneten, daß es nur schwer vorstellbar sei, daß ein einziger hormoneller Faktor für das Asthma verantwortlich sein könne. Eine umfassende Theorie der endokrinen Asthmaursachen hat Bucerius (51) aufgestellt. Er geht von einer funktionellen Schwäche des Hypophysenvorderlappens aus. So hat er bei vielen Asthmatikern und allgemein bei Allergikern einen zu

- | | |
|----------------------|------|
| (20c) Kraepelien, S. | 1966 |
| (7f) Jores, A. | 1967 |
| (34b) Shira, J.E. | 1973 |
| (51) Bucerius, G. | 1939 |

geringen Calziumspiegel festgestellt und folgert daraus, daß die Nebenschilddrüse und damit die Parathormonausschüttung zuwenig von der Hypophyse stimuliert werde. Auch die Koppelung der Anfälle an den Menstruationszyklus interpretiert er in dieser Richtung, da auch die Keimdrüsen steuernden Hormone aus dem Vorderlappen stammen. Schließlich komme noch der Nebennierenrinde und vor allem ihrem Mark als Produktionsstätte des Adrenalins besondere Bedeutung zu. Auch hier verweist er auf zu geringe Stimulation durch den Hypophysenvorderlappen, wobei man aber heute sicher ist, daß die Adrenalinausschüttung aus dem Mark neural geregelt wird. Bucerius' Theorie läßt sich bis heute nicht belegen, vielmehr lassen sich die von ihm zur Untermauerung angeführten Gründe auch anders erklären. In bezug auf den erniedrigten Ca-Spiegel könnte man etwa argumentieren, daß es sich bei der allergischen Reaktionslage um einen überdurchschnittlichen Ca-Verbrauch handelt, um die Histaminwirkungen an den Gefäßen zu neutralisieren.

Ältere Theorien, die eine Allergisierung gegen Zerfallsprodukte des Endometriums oder eine allergisierende, bzw. antigene Wirkung der Geschlechtshormone annehmen, können bis heute keine Beweise anführen. Darüber hinaus sind auch sie, wie die anderen endokrinen Theorien, nicht in der Lage, den Widerspruch

zu klären, warum hormonelle Ereignisse, wie etwa die Pubertät, einmal das Asthma hervorbringen, es ein andermal aber zum Verschwinden bringen können.

Dieser letzte Punkt läßt sich am ehesten verstehen, wenn man die psychische Dimension solcher hormonellen Ereignisse im Reifungsprozeß mit einbezieht. So ist sicher die emotionale Verarbeitung der Veränderungen in der Pubertät mit ein wichtiger Faktor für eine Besserung oder Verschlechterung des Asthma. Bedenkt man andererseits, daß kindliches Asthma etwa auch durch erhöhte körperliche Anstrengung oder durch raschen Wechsel zwischen warmen und kalten Temperaturen hervorgerufen werden kann, so könnte man im Fall der Bindung an den Zyklus auch argumentieren, daß es sich hier um einen möglichen Reiz unter vielen handelt, der das Gleichgewichtssystem des Körpers stört und so zum Anfall führen könne. Das von vielen Frauen kurz vor der Menstruation verspürte körperliche Spannungs- und Unruhegefühl könnte vielleicht auch nur der letzte Anstoß sein, der bei Vorliegen ausreichender anderer Faktoren das Faß zum Überlaufen bringt. Hierfür würde sprechen, daß eine Kopplung von Periode und Anfällen ja nur in ca. 30 % der Fälle gefunden wird, und diese Frauen auch noch bei anderen Gelegenheiten Anfälle bekommen.

Betrachtet man das Problem im Hinblick auf die Theorie von Alexander und Mitscherlich, so fällt auf, daß dort dem endokrinen System in Zusammenarbeit mit dem ZNS eine entscheidende Rolle bei der Aufrechterhaltung der Homöostase zugeschrieben wird. Erhebliche Beeinträchtigungen dieses Systems, wie sie die oben genannten hormonellen Ereignisse u.U. darstellen, könnten so zur Dekompensation und bei vorhandener Bereitschaft zur Auslösung von Asthmaanfällen führen. Hier wird aber auch deutlich, daß diese Bereitschaft eine wichtige Voraussetzung ist, denn einige Frauen bekommen zum Beispiel anläßlich ihrer Periode nicht Asthma, sondern etwa Kopfschmerzen.

B 3.3 Vegetative Fehlregulationen beschreibt eine andere Theorie als Ursache des Asthma bronchiale. Vor allem ein Überwiegen des Vagus, also des parasympathischen Systems über das sympathische wird verantwortlich gemacht, und tatsächlich lassen sich mit dieser Theorie die pathophysiologischen Mechanismen, wie vermehrte Schleimproduktion und Bronchiolarspasmen, erklären. Auch die vielfach erfolgreiche symptomatische Therapie mit Sympathomimetika scheint für diese Theorie zu sprechen. Das besonders häufige nächtliche Auftreten der Anfälle (52) könnte ebenfalls in diese Richtung weisen, da ja nachts der Vagotonus bereits normalerweise gegenüber tags erhöht ist. Auch die Beobachtung, daß die Anfälle in der Aktivität, z.B. auf Reisen, seltener, dafür aber typischerweise oft nach der Heimkehr, also in Ruhepausen auftreten, könnte für eine Überfunktion des Parasympathikus oder eine "Sympathikusschwäche" sprechen. Der bei geistig und körperlich starkem Engagement aktivierte Sympathikus könnte demnach in solchen Phasen den Vaguseinfluß neutralisieren, während in allen Regenerationsphasen der hier schon physiologisch überwiegende Vagus das Bild bestimmt und Anfälle auslösen könnte.

Nun ist allerdings eine vegetative Dysregulation das vielen psychosomatischen Krankheiten gemeinsame somatische Erscheinungsbild der primär psychischen Störung,

(52) Schettler, G. 1972

und so könnte es sich im Falle des Asthma auch um einen Aspekt der Pathogenese handeln. Das Vegetativum ist dasjenige Organsystem, das psychische Vorgänge auf organphysiologischer Ebene zuerst registriert und widerspiegelt. Vor allem, wenn man an Alexanders Theorie der psychomatischen Krankheiten denkt, wird das Überwiegen des parasympathischen Vagus ein- sichtig, denn er charakterisiert gerade dadurch eine ganze Gruppe von Erkrankungen, unter an- derem eben auch das Asthma, aber etwa auch das Ulcus duodeni. In diesem Zusammenhang könnte die Beschreibung vegetativer Störungen eher als ein Beitrag zur Pathogenese als zur Ätiologie erscheinen.

B 3.4 An dem Zusammenhang zwischen Asthma bronchiale und Infekten, vor allem der oberen und unteren Luftwege, kann nach den Ergebnissen verschiedener Untersuchungen kein Zweifel bestehen. Minor (53) und Mitarbeiter fanden bei der Langzeitbeobachtung einer Gruppe von Asthmakindern und einer entsprechenden Kontrollgruppe, daß die Asthmakinder mit einer signifikant höheren Frequenz an virusbedingten Infektionen des Respirationstraktes erkrankten und daß ihre Erkrankungen länger dauerten, als die der Vergleichsgruppe. Bei den verursachenden Erregern waren es vor allem Rhinoviren, die zu den erhöhten Erkrankungszahlen der Asthmakinder beitrugen. Biermann (49b) fand bei seiner Untersuchung von 200 Asthmakindern in 132 Fällen (entsprechend 66 %) infektiöse Einflüsse und schließt daraus auf die "überragende Bedeutung von Infekten der oberen Luftwege" für die Auslösung und Unterhaltung des kindlichen Asthma. Rees (54) belegt seine Aussagen über die Gewichtung dreier ätiologischer Komponenten, darunter der infektiösen, mit den Ergebnissen einer Untersuchung an 388 Asthmakindern:

Hauptkomponente	In % der Fälle		
	vorherrschend	unterstützend	unwichtig
psycho-somatische	41,6	30,0	28,4
infektiöse	41,6	30,0	28,4
allergische	17,0	13,0	70,0

(53) Minor, T.E. u. Mitarbeiter 1974
 (49b) Biermann, G. 1969
 (54) Rees, L. 1964

Aus diesen statistischen Erhebungen und den Erfahrungen vieler Kliniker geht deutlich hervor, daß es eine Beziehung zwischen Asthma und Infekten geben muß - es bleibt aber die Frage, ob es sich um eine ursächliche handelt, ob man den Infektionen Ätiologiecharakter beimessen kann.

Jores (7g) verneint dies, obwohl auch er von der "erhöhten Anfälligkeit der Asthmatiker gegenüber Infektionen, besonders des Respirationstraktes" ausgeht und auf die häufige Rolle von Keuchhusten, Masern und Bronchopneumonien als Vorkrankheiten hinweist. Dem Argument, daß es sich um Überempfindlichkeitsreaktionen gegenüber den Erregern der betreffenden Krankheiten handeln könnte, begegnet er mit der Feststellung, daß dann der typische Anfallscharakter nicht zu erklären sei und es sich bei den Erregern um Bakterien handle, die immer im Respirationstrakt vorhanden seien. Die Theorie von den Infektallergenen läßt sich auch durch die Beobachtung erschüttern, daß infektiöse und allergische Komponente durchaus nicht synchron zu finden sind, daß im Gegenteil sogar die infektiöse überwiegt, wie aus Rees obiger Statistik deutlich wird; ein Großteil der Asthmakinder mit Infektionen in der Anamnese hat demnach gar keine ins Gewicht fallende allergische Komponente. Allerdings wäre ein Zusammenhang Infekt - Allergie insofern denkbar, als die entzündete und deshalb ödematös-hyperämisch veränderte Schleimhaut für das

(7g) Jores, A. 1967

Eindringen verschiedenster Allergene besonders anfällig wäre. In diesem Fall würde also die Infektion die Wahrscheinlichkeit der Allergisierung erhöhen, wie auch umgekehrt die unphysiologischen Bedingungen während des Anfalls die Infektion begünstigen könnten. Jores Argument von den immer vorhandenen Bakterien ist insofern zu kritisieren, als zumindest bei Kindern die Infektionen der oberen Luftwege hauptsächlich von Viren verursacht werden und diese nicht permanent im Nasen-Rachen-Raum zu finden sind, wenn auch wesentlich häufiger, als sie zu manifesten Infekten führen. Damit taucht das Problem der Disposition auf: Verschiedene Menschen erkranken bei gleicher Exposition verschiedenen häufig und dieselbe Person erkrankt plötzlich an einem Erreger, dem sie vorher schon oft ausgesetzt war, ohne je zu erkranken. Möglicherweise handelt es sich bei Patienten mit häufigen Infektionen und Asthma bronchiale um eine gewisse Organdisposition, eine Art "Organschwäche", so daß sie für verschiedene Erkrankungen des Respirationstraktes besonders empfänglich sind. Bei weiteren hinzukommenden Faktoren könnte es auf dem Boden einer solchen Disposition besonders leicht zu Asthmaanfällen kommen. Für die Notwendigkeit zusätzlicher Faktoren spricht die Beobachtung, daß durchaus nicht alle Menschen mit rezidivierenden Infekten der Luftwege auch Asthma bronchiale bekommen. Eine andere Möglichkeit wäre, daß die Infekte bleibende Schäden verursachten und so die Organdisposition erst gesetzt würde, auf der dann anschließend das

Asthma entsteht. Denkbar wäre auch, daß schon die momentane Schwächung des Organs, die die Infektion bewirkt, bei Vorhandensein zusätzlicher asthmatischer Faktoren zum Ausbruch des Anfalls führt. Darüber hinaus besteht aber immer auch die Möglichkeit, daß die Infektion einfach durch ihre unspezifische Belastung des empfindlichen Gleichgewichtssystems Mensch, bei für Asthma prädisponierten Individuen ausreicht, das System zur Dekompensation zu bringen. Diese letzte Auswirkung wäre dann vielleicht vergleichbar mit derjenigen von körperlicher Überanstrengung, Menstruation oder auch Impfungen; andererseits ist aber nicht zu übersehen, daß es sich meist um respiratorische Infekte handelt. Unserer Meinung nach bleibt es problematisch, aus der bloßen Beobachtung des gehäuftten gekoppelten Vorkommens auf eine ursächliche Beziehung zu schließen. Denselben Schluß könnte man etwa auch aus dem gehäuftten Zusammentreffen von kindlichem Asthma und Ekzem ziehen. Hier macht man aber auch nicht das Ekzem für das oft folgende Asthma ursächlich verantwortlich, sondern interpretiert beide Krankheiten als Ausdruck derselben frühkindlichen Schädigung oder zumindest einer ähnlichen Disposition.

B 4 Die Mehrzahl der Autoren, die sich mit Asthma bronchiale beschäftigen, weisen auf die zentrale Stellung der Allergie unter den auslösenden Faktoren hin. Allerdings herrschen gerade unter den Pädiatern erhebliche Meinungsverschiedenheiten über den Stellenwert der Allergie bei der Verursachung des kindlichen Asthmas. Während Sherman und Kessler (55) angeben, bei 75 % aller kindlichen Patienten, die ihren ersten Anfall im Alter zwischen 5 und 15 Jahren hatten, ein Staubasthma gefunden zu haben, berichtet Villacorte (56), rein allergisches Asthma sei im Kindesalter äußerst selten, und wenn es vorkomme, sei es fast immer durch Nahrungsallergene und weniger durch Inhalationsallergene bedingt.

B 4.1 Der heute verwendete Allergiebegriff deckt sich weitgehend mit dem Begriff der Anaphylaxie, die eine spezifische Überempfindlichkeit, eine über die Norm gesteigerte Reaktivität gegenüber einem antigenen Stoff, bezeichnet. Man unterscheidet nach den zugrunde liegenden Immunmechanismen und dem Zeitraum, der zwischen Antigenreiz und Reaktion verstreicht, verschiedene anaphylaktische Reaktionsmöglichkeiten. Das Asthma bronchiale gehört,

- (55) Sherman, W.B. u. Kessler, W. 1975
(56) Villacorte, G.V. 1973

wie die Rhinitis vasomotorica und die atopische Dermatitis, zur anaphylaktischen Sofortreaktion vom Ig E-Typ. Bei den Antikörpern handelt es sich um Immunglobuline der Klasse E, sogenannte Reagine. Johansson (57) fand bei einer Untersuchung von Kindern im Vorschulalter, daß die Ig E-Serum-Konzentration bei 50 bis 60 % der an allergischem Asthma leidenden Kinder signifikant erhöht war, während sie nur bei 5 % der an nicht allergischem Asthma leidenden Kinder über der Norm lag. Die Reagine werden nach dem ersten Kontakt mit dem Antigen, der Sensibilisierung, gebildet und haben aufgrund der spezifischen Rezeptoren ihrer H-Ketten die Fähigkeit, sich fest an die Oberfläche von Mastzellen und basophilen Granulozyten zu heften. Nach jedem weiteren Kontakt dieses Komplexes mit dem spezifischen Antigen werden die Mastzellen degranuliert und setzen aus ihrem Inneren sogenannte Mediatoren frei. Über Art und Wirkung dieser Stoffe wird zur Zeit noch diskutiert. Brocklehurst (58) nimmt an, daß SRS-A (slow-reacting-substance of anaphylaxis) für bis zu 87 % der Muskelkontraktion des Bronchialbaumes im Anfall verantwortlich ist. Allerdings konnte diese Substanz bisher nur bei Versuchstieren nachgewiesen werden. Abe (59) beobachtete eine 10-fache Zunahme des zirkulierenden Kinins während Asthmaanfällen. Baumgartner (15b) weist auf ECF-A (eosinophil chemotactic

- | | |
|--------------------------|------|
| (57) Johansson, S.G.O. | 1968 |
| (58) Brocklehurst, W.E. | 1962 |
| (59) Abe, K. | 1967 |
| (15b) Baumgartner, H. | 1974 |

factor of anaphylaxis) als möglicherweise weiteren Mediator hin und betont wie auch Shira (34c) die Bedeutung von Histamin. Warnatz (60) dagegen gibt an, daß Histamin beim Asthma keine Rolle spiele und Serotonin nur eine untergeordnete. Auf jeden Fall werden diese Mediatorstoffe für die anaphylaktische Reaktion verantwortlich gemacht: Hyperämie und Dilation der Gefäße, Permeabilitätsveränderungen und daraus resultierend Ödeme.

Beim anaphylaktischen Schock kommt es zu Hautrötung und Juckreiz am ganzen Körper, zur Dyspnoe infolge Bronchialkonstriktion und Ödembildung der Schleimhäute der Atemwege und zum Kreislaufkollaps. Beim Asthma bronchiale scheint es sich folglich um ein auf die Atemwege beschränktes "Schockfragment" zu handeln. Eine gewisse erbliche Disposition zu allergischer Reaktion (allergische Diathese) ist nach den Ergebnissen der Zwillingsforschung ganz sicher vorhanden. Doch ist die Konkordanz bei den eineiigen Zwillingen gerade beim Asthma, verglichen etwa mit Nesselsucht, relativ gering (24b); sie liegt in allen Fällen erheblich unter 100 %, was deutlich auf weitere ätiologische Einflüsse hinweist.

- (34c) Shira, J.E. 1973
(60) Warnatz, H. 1973
(24b) Bräutigam, W. 1955

B 4.2 Nach Jores (7h) besteht kein Grund, die Allergie bei der Ätiologiediskussion des Asthma so weit in den Vordergrund zu rücken. Er zitiert zur Erhärtung dieser Ansicht Cruchaud (61), der den Anteil von Allergikern unter den Asthmatikern mit zwischen 20 und 60 % schwankend angibt. Die großen Schwankungen kommen dadurch zustande, daß keine Einigkeit herrscht, welche Nachweismethoden verlässliche Aussagen erlaubten. Jores will nur die Ergebnisse der Inhalationstests mit dem spezifischen Antigen gelten lassen, nicht dagegen die Hauttests. Er begründet das mit der Erfahrung, daß sich sehr viele Menschen im Hauttest als sensibilisiert gegen Substanzen erweisen, mit denen sich sicher kein Asthma auslösen läßt. Aus demselben Grund rät auch Stemmann (62) zum Inhalationstest. Er bekam bei 250 positiven Hauttesten (Prick-Tests) nur in 48 % der Fälle auch bei Inhalation des betreffenden Allergens ein positives Ergebnis. Akzeptiert man diese Voraussetzungen, so liegen die Ergebnisse wohl mehr in der Gegend von 20 % Allergikern unter den Asthmatikern. Diese Zahl stimmt auch etwa mit Jores Erfahrungen überein, daß ungefähr 20 % der Asthmatiker auf Kontakt mit einem bestimmten stofflichen Allergen mit einem Anfall reagieren. Auch eine Untersuchung von Fagerberg (63) weist

- | | |
|--------------------|------|
| (7h) Jores, A. | 1967 |
| (61) Cruchaud, S. | 1965 |
| (62) Stemmann, E. | 1975 |
| (63) Fagerberg, E. | 1957 |

in diese Richtung. Unter 748 Asthmatikern findet er nur bei 18 % eine nachweisbare Allergie. Nach diesen Ergebnissen scheint es nicht gerechtfertigt, die positiven Befunde bei 20 % der Patienten auf die restlichen 80 % zu übertragen, indem man für diese stoffliche "Klima- oder Bodenallergene" annimmt – jedenfalls solange nicht, wie diese Allergene sich nicht auffinden lassen. Für die ca. 20 % Asthmatiker, an deren Allergie kein Zweifel besteht, scheint sich damit die Frage nach der Ursache ihres Asthmas nur auf eine neue Ebene verlagert zu haben. Denn nach den oben referierten Ergebnissen der Zwillingsforschung läßt sich die Allergieätiologie nur teilweise mit genetischen Fakten befriedigend klären. Bestehen bleibt das Problem: Welche anderen Faktoren verursachen die Allergie?

- B 4.3 Die Frage "allergisch oder neurotisch" ist in vielen Fällen kaum sicher zu beantworten; u.U. ist sie einfach falsch gestellt. In der Literatur gibt es eine Reihe von Versuchen, die beiden Standpunkte einander anzunähern und die Allergiephänomene unter einem psychosomatischen Aspekt zu betrachten. De Boor (64a) zitiert 2 Untersuchungen, die ausgehend einmal von der somatischen Seite, zum anderen von der psychischen, zu demselben Ergebnis auf der Ebene des körperlichen Phänomens kommen. Schleinzer (65) fand,

(64a) De Boor, C. 1965
 (65) Schleinzer, R. 1950

daß die inhalatorische Antigenbelastung zu erheblich gesteigerter Zellaktivität und erhöhtem Sauerstoffverbrauch führe. Doust und Leigh (66) stellten bei einer Untersuchung an 30 Asthmatikern fest, daß deren unterdrückte emotionale Spannung von arteriellem Sauerstoffmangel gefolgt sei. Möglicherweise handelt es sich hier um ein identisches physiologisches Geschehen, einmal durch einen materiellen und dann durch einen psychischen Reiz ausgelöst. Bräutigam (19d), der von einem "psychophysiologischen Doppelaspekt" der Allergie spricht, stellt fest, daß der ursprünglich monovalente Allergiemechanismus im Laufe der Erkrankung eine gewisse "Bahnung und Erweiterung" erfahre, so daß sich die allergische Überempfindlichkeit dann auch auf andere Reize ausdehnen kann. Durch diesen Spezifitätsverlust wird es möglich, bei Asthmatikern nicht nur durch Exposition gegenüber dem spezifischen Antigen, sondern auch mit Reizgasen, Schmerzen und vor allem durch Konfrontation mit seiner "inneren Situation" Anfälle auszulösen.

Für die Bahnung und Erweiterung des Allergiemechanismus gibt es in der Literatur eine ganze Reihe von Beispielen, die auf das Phänomen hinweisen, daß ein wesentlicher Aspekt des Allergens sein Bedeutungsgehalt für den jeweiligen Allergiker ist. So bekam ein Patient mit

(66) Doust, J.W.L. u. Leigh, D. 1953
(19d) Bräutigam, W. 1973

Allergie gegen Rauch im Kino beim Anblick einer rauchenden Lokomotive einen Anfall. Ein anderer mit Pferdeallergie bekam einen Anfall beim Anblick eines sich aufbäumenden Pferdes während einer Fernsehübertragung. Eine Patientin mit Allergie gegen Rosen reagiert z.B. auch auf eine künstliche Rose. Das kann nur bedeuten, daß der sensibilisierte Körper auch ohne physische Anwesenheit des spezifischen Allergens allergisch reagieren kann. Einen Hinweis auf die wichtige Rolle der Emotionalität bei der Entstehung von Allergien könnte auch die Tatsache sein, daß sie auffällig selten bei Patienten mit Formen ausgeprägten Schwachsinns und schwerer organischer Demenz auftreten. In der Literatur finden sich Hinweise auf die Seltenheit des Zusammentreffens von Geisteskrankheiten und Allergien. In diesem Zusammenhang schreibt Vaughan (67): "Die Erfahrung berechtigt zur Annahme, daß die allergische Antwort (auf eine ungünstige Umweltsituation!) wohl bei Neurosen auftritt, nicht aber bei Psychosen. Die neurotische Person bleibt im Bemühen, sich innerhalb ihrer Umgebung anzupassen. Ein wirklich Geisteskranker verliert das Interesse an seiner Umgebung, insoweit wenigstens, als er sich nicht mehr um eine rationale Anpassung bemüht. Beim Neurotiker, der der Psychose verfällt, verschwinden die allergischen Symptome." Von der Erkenntnis, daß bei der Genese einer allergischen Erkrankung ein in gewissen Grenzen

(67) Vaughan, W.T. 1948

funktionierendes Bewußtsein Voraussetzung ist, ist es nicht mehr weit zu der Annahme, daß ein Stoff erst dann Allergencharakter für ein bestimmtes Individuum bekommen kann, wenn er einen für dieses Individuum spezifischen unbewußten Bedeutungsinhalt bekommt. In diese Richtung weisen Erfahrungen von Jores (71), der bei etwa 50 % der Asthmatiker Geruchsüberempfindlichkeit feststellen konnte, und zwar vor allem gegen Gerüche, die im weiteren Sinne etwas mit Schmutz zu tun hatten. Er bezeichnet Asthmatiker als überempfindlich in des Wortes weitester und tiefster Bedeutung, als überempfindlich auf allen Lebensgebieten. In diese Richtung geht auch die Argumentation anderer Autoren: So stellt etwa Schwöbel (68) fest, Allergene müßten noch eine bestimmte Bedeutung für den Patienten haben, um pathogenen Charakter zu bekommen. Staehelin (69) betont, daß chemische Allergene oft erst dann zum Entstehen einer Antikörper-Antigenreaktion führen, wenn sie auf den Boden einer bestimmt getönten, durch individuelles Erleben geprägten Emotionalität fallen. Hierzu ist wohl kritisch zu fragen, ob eine Immunisierung mit einer daraus resultierenden normalen Antikörper-Antigenreaktion nicht trotzdem eintritt, wie unter Umständen auch bei den oben erwähnten psychotischen Patienten; von der emotionalen Komponente hängt dann möglicherweise nur die

- | | |
|---------------------|------|
| (71) Jores, A. | 1967 |
| (68) Schwöbel, G. | 1960 |
| (69) Staehelin, B. | 1959 |

überschießende allergische Reaktion ab. Hierfür würde auch sprechen, daß durch Psychotherapie geheilte Allergiker sich im Hauttest noch gegen die gleichen Stoffe und in derselben Höhe sensibilisiert erweisen wie vor der Therapie – nur lösen diese selben Allergene nun keine allergische Asthmareaktion mehr aus (70). Außerdem belegt diese Beobachtung noch einmal die Wichtigkeit der emotionalen Komponente bei der Allergisierung.

Diese Argumentation führt De Boor (64b) noch weiter, wenn er schreibt: "Bei den Sensibilisierungsvorgängen bei der Fixierung auf bestimmte Allergene könnten psychische Prozesse beteiligt sein. Im psychischen Krankheitsbereich kennen wir solche Fixierungen aus der Entwicklung einer Zwangsneurose, bei der eine Verschiebung auf Fernes, Kleinstes und eigentlich Ungefährliches der Abwehr des eigentlich Ängstigenden dient. Ein Zwangsneurotiker braucht dann nur diesen Gegenstand zu meiden, um seine latente Angstbereitschaft (einem schlechter vermeidbaren gegenüber) beschwichtigen zu können." Er hält solche Verschiebungsmechanismen bei der Entstehung von Allergien auch deshalb für wahrscheinlich, weil bei der psychoanalytischen Arbeit mit allergischen Patienten häufig deren zwangsneurotische Verhaltensweisen und Charaktermerkmale auffielen.

- (70) Gerard, M.W. 1946
(64b) De Boor, C. 1965

B 4.4 Im Hinblick auf die später zu leistende Beschreibung der Psychologie des Asthma bronchiale scheint es sinnvoll, auch der tiefenpsychologischen Interpretation der Allergie einen Abschnitt zu widmen. Wegweisend scheint in diesem Zusammenhang eine Arbeit von Marty (71) über die Objektbeziehungen von Allergikern zu sein: Der Allergiker habe in bezug auf das "Objekt" den überaus starken Wunsch, sich ihm soweit wie überhaupt möglich zu nähern, am liebsten würde er mit ihm verschmelzen. Die Annäherung geschehe in zwei zu unterscheidenden aktiven Phasen: Zuerst würde das Objekt ergriffen und dann installiere sich der Patient selbst fest im Objekt. Bei dem Ergreifen des Objektes handle es sich um eine grenzenlose Identifikation, eine Vermischung, bei der auch nicht Nuancen von Unterschieden zurückblieben. Als Ergebnis dieses Verschmelzens mit dem jeweiligen Objekt lebt der Kranke schließlich im Objekt und dieses in ihm. Bei der zweiten Möglichkeit, der festen Installierung im Objekt, handle es sich um einen primären Identifikationsvorgang, bei dem die Grenzen zwischen Subjekt und Objekt zunehmend verschwimmen würden, mit dem Ergebnis einer vollständigen Durchdringung. Besonders interessant scheint uns in diesem Zusammenhang, daß verschiedene Autoren auf die Tatsache stießen, daß die primäre Identifikation in der Kindheit bei Asthmatikern meist schwer gestört oder zumindest stark behindert war. Spitz (72a) belegt das

(71) Marty, P. 1958

(72a) Spitz, A.R. 1965

zusätzlich noch für die Ekzemkinder, so daß hier bereits eine psychologische Parallele zwischen diesen beiden Gruppen deutlich wird. Es erscheint nun eher verständlich, daß Marty auch bei erwachsenen Allergikern findet, daß sie dazu neigen, Objektbeziehungen entsprechend den Mechanismen der primären Identifikation aufzunehmen. Zu Identifikationsschwierigkeiten könne es dann kommen, wenn das Objekt Eigenschaften habe, die dem Kranken völlig fehlen und umgekehrt. Der Patient weiche diesem Dilemma aus, indem er seine Eigenschaften auf das Objekt projiziere und dessen Eigenschaften durch Identifikation sich selbst einverleibe. Das Hauptidentifikationsobjekt sei die idealisierte Mutter, nicht etwa die reale. Wie alle Neurotiker reagiere der Allergiker bei Verlust des libidinös besetzten Objektes mit einer Regression, wofür es zwei überwiegende Anlässe gäbe: Einmal könne das Objekt unvermittelt eine Eigenschaft zeigen, die die Identifikationsfähigkeit des Patienten übersteige, zum anderen könne es geschehen, daß zwei vom Kranken gleichermaßen vereinnahmte Objekte untereinander dermaßen große Abweichungen offenbaren, daß der Kranke zwischen ihnen förmlich zerrissen werde. In einer derartigen Krise kann der Kranke nur entweder ein neues, besonders attraktives Objekt ergreifen oder mit dem Ausbruch seiner allergischen Symptomatik reagieren. Er befindet sich damit in einer typischen Double-bind-Situation (73). Die sich aufzwingenden Alternativen kann

(73) Bateson, G. u. Jackson, D. 1969

er nicht mehr in seinem Ich integrieren, wie er sich auch immer verhält, kann er doch nur einer Alternative gerecht werden.

De Boor (64c) sieht in dem Mechanismus der totalen Identifikation auch eine Erklärung für die Beobachtung, daß Allergiker dazu neigen, ihre Mitmenschen zu dominieren. Sie behandelten das Objekt, mit dem sie eine Einheit bilden, selbstverständlich als einen Teil ihrer selbst, mit dem sie nach Belieben verfahren können. So sei auch die überaus große Enttäuschung und Angst eher verständlich, mit der der Allergiker auf nicht gewünschtes Verhalten des Objektes reagiere. Diese Angst könne sich auch unter bestimmten Bedingungen als Aggression äußern. De Boor (64c) schreibt dazu: "Im Asthmaanfall, wenn die Objektbeziehung mehr oder weniger gelockert ist, wird dieser dynamische Beziehungsvollzug internalisiert - regressiv auf narzißtischer Ebene in sadomasochistischer Weise -, die objektgerichtete Aggression schlägt um in Selbstbestrafung, Selbstdestruktion, in der das Subjekt sich mit dem Überich identifiziert und das Ich dabei dem Objekt gleichsetzt, auf das sich nun die destruktive Aggressionsenergie aus dem Es-Reservoir konzentriert." Die Ursache für die totale Identifikation lokalisiert De Boor in der frühen Mutter-Kind-Beziehung.

(64c) De Boor, C. 1965

Diese sei charakterisiert durch das vollständige Besitzergreifen der Mutter vom Kind, was einmal die Folge von Schuldgefühlen der Mutter gegenüber dem Kind wegen seiner unbewußten Ablehnung, zum anderen von narzißtischen Bedürfnissen der Mutter sein könne.

Miller und Baruch (74) beschäftigen sich in zwei Arbeiten mit der Triebdynamik der Allergiker: Die grundlegende Angst der Allergiker sei, von der Mutter nicht geliebt zu werden, und das allergische Kind versuche deshalb, sich diese Liebe wenigstens in der Phantasie zu beschaffen. Andererseits entwickle es aber eine übersteigerte Feindseligkeit, die es gegen sich selbst richte und die ihren Ausdruck in den allergischen Symptomen finden könne. Bei einer Untersuchung an 72 allergischen und 42 nicht-allergischen Kindern (75) fanden die Autoren, daß Feindseligkeitsregungen bei den allergischen Kindern mehr Angst und Schuldgefühle hervorriefen, wobei die Ablehnung durch die Mutter von großem Einfluß war. Sie konnte bei 98 % der allergischen, aber nur bei 24 % der nicht-allergischen Kinder nachgewiesen werden. Die ablehnenden Mütter provozierten stärkere Konflikte und Schuldgefühle und verursachten eine Blockierung von Feindseligkeitsäußerungen beim Kind. Die unterdrückten, nichtgelebten aggressiven Triebregungen würden dann zur Lösung der Spannung über das allergische Symptom abgeführt.

(74) Miller H. u. Baruch, D. 1950

(75) Miller H. u. Baruch, D. 1957/8

Daß sich die Aggression des Allergikers gegen ihn selbst richtet, läßt sich mit den bereits oben beschriebenen Identifikationsprozessen erklären. Die Untersuchungsergebnisse von Miller und Baruch stimmen sehr gut mit den Ergebnissen von Spitz (72a) in bezug auf die Mutter-Kind-Beziehung von Ekzemkindern überein.

Zum Problem der
Aggression bei Allergikern bemerkt De Boor (64d), er habe den Eindruck gewonnen, "daß, sowohl was den Triebkonflikt, als auch was die Objektbeziehung betrifft, bei den Psychoneurotikern das Hauptgewicht der pathogenetisch wirksamen Triebregungen – und ihrer Abwehr – primär auf dem libidinösen Anteil der Triebimpulse und ihrer Schicksale im Laufe der Libidoentwicklung lag. Demgegenüber glauben wir, über genügend empirische Daten zu verfügen, die den Schluß zulassen, daß bei den allergischen Erkrankungen insbesondere, vielleicht sogar bei den psychosomatischen überhaupt, eine Hauptkonfliktsphäre – triebdynamisch gesehen – im Bereich der aggressiven Triebimpulse liegt." Diese Argumentation weiterführend, erklärt De Boor die auffällige Zunahme allergischer Symptome mit der zunehmenden Schwierigkeit, aggressive Triebimpulse in sozial akzeptabler Weise abzureagieren.

- | | |
|-------------------|------|
| (72a) Spitz, R. | 1965 |
| (64d) De Boor, C. | 1965 |

Abschließend scheint es uns noch aufschlußreich, die psychodynamische Bedeutung der Allergene zu betrachten. So offensichtlich diese Bedeutung oft bei der Analyse des psychologischen Materials eines Einzelfalles ist, so schwierig ist es, sie in allgemeiner Form zu beschreiben. Die Fragestellung lautet: Warum erkrankt ein bestimmter Mensch an einer bestimmten Allergie? Warum reagiert er gegen einen vorher völlig harmlosen Stoff plötzlich mit einer derart übersteigerten Abwehrreaktion? French (76) glaubt, in manchen Fällen den Nachweis erbracht zu haben, daß die allergieverursachenden Stoffe gleichzeitig oft eine wichtige Rolle im psychologischen Material der Analyse spielen. Beispielsweise fiel ihm auf, daß gegen Katzenhaar allergische Patienten oft Situationen träumten, in denen sexuelle Versuchungssituationen durch eine Katze symbolisiert wurden. Sperling (77a) kommt zu dem Schluß, daß sich im allergischen Symptom eine perverse, das soll heißen vorwiegend prägenitale sexuelle Phantasie körperlichen Ausdruck verschaffe. Sie betont die wichtige Rolle der Analerotik als genetischen und dynamischen Faktor für die allergische Bereitschaft. Bastiaans (78) postuliert für die allergieauslösenden Stoffe einen Assoziationskomplex mit dem ursprünglich wirklichen Verursacher, z.B. einem

- (76) French, Th. M. 1939
 (77a) Sperling, M. 1963
 (78) Bastiaans, J. 1957

bestimmten Menschen. So könnten eine Speise, ein Geruch oder ein Getränk Komponenten dieses Komplexes sein, der in unbewußt gewordenem, traumatischem Geschehen wurzle. Diese Theorie läuft damit wohl auf die Annahme eines bedingten Reflexes, einer Konditionierung hinaus. Jores (7k) beschäftigt sich ausführlich mit dem Bedeutungsgehalt der Allergene: "Die Allergie ist also ein psychosomatisches Gesamtgeschehen, bei der man weder von dem somatischen noch von dem psychischen Anteil absehen kann. Aber der psychische Anteil scheint primär zu sein. Er bedeutet Ätiologie. Die Allergie bedeutet Pathogenese. Beides zusammen macht den Anfall." Zu dieser Betonung des psychologischen Faktors kommt Jores aufgrund der Erfahrung, daß nicht nur ein Allergen als solches, sondern auch ein Bild von ihm, wie etwa eine rauchende Lokomotive, einen Anfall auslösen könne. Hieraus schließt er, daß das Entscheidende das Bild, das Symbol bzw. der jeweilige Bedeutungsgehalt sei und nicht so sehr die rein materielle Seite des Allergens. Auch die Tatsache, daß bei den asthmaauslösenden Gerüchen diejenigen des Schmutzes und der Unsauberkeit so stark bevorzugt sind, gilt Jores als Beleg, daß die Erlebnisswelt des Menschen ein herausragender Faktor bei der Überempfindlichkeitsreaktion ist; sonst müßte bei zufälliger Verteilung ein breites Spektrum von Gerüchen anzutreffen sein. Er schreibt dazu: "Man muß wirklich

(7k) Jores, A. 1967

einmal begreifen, daß der Mensch immer mit seiner Umwelt aufs engste verbunden und verknüpft ist. Diese Umwelt wird immer auch gefühlshaft erlebt. Der Duft von Gräserpollen, der Geruch des Hausstaubes, der Geruch von Hund und Katze, wird immer notwendig auch gefühlshaft erlebt und hat für den betreffenden Menschen einen Bedeutungsgehalt, den man einfach nicht ausklammern kann, der sogar das Entscheidende ist." und an anderer Stelle: "Der Mensch sieht und hört diese Welt nicht nur, sondern er riecht und schmeckt sie auch. Jede Wohnung hat ihren besonderen Geruch, und auch jeder Mensch hat einen solchen Geruch an sich. Diesen Geruch identifizieren wir mit dem betreffenden Menschen oder mit der betreffenden Wohnung. Ich erwähnte schon, daß man nicht so selten von Asthmatikern hören kann, daß sie diesen oder jenen Menschen nicht riechen können." (7k). Dazu anzumerken wäre noch, daß Jores zwar nur bei ca. 20 % der Asthmatiker eine Allergie, dagegen aber bei ca. 50 % eine Geruchsüberempfindlichkeit gefunden hat. Er sieht keinesfalls einen Gegensatz zwischen der Lehre der Allergie und den psychologischen Erklärungsversuchen, vielmehr ist er der Meinung, daß beide aufeinander angewiesen seien. Die Begriffe Sensibilisierung und Desensibilisierung, Überempfindlichkeit und Unempfindlichkeit seien auch psychologische Begriffe, und so passe die Bezeichnung Allergen genauso auf

rein psychologische Reize: "..... es liegt der Gedanke nahe, daß dem psychologischen Andersreagieren aufgrund psychischer Erlebnisse oder Begegnungen einerseits, und der vollkommen im Unbewußten verlaufenden stofflichen Allergie andererseits, ein irgendwie wesensgleiches, sehr allgemeines biologisches Phänomen zugrunde liegt. Wenn es so ist, daß das Körperliche und das Seelische nur zwei Seiten eines einheitlichen Grundgeschehens sind, ist es naheliegend, den Vorgang der Allergie beim Asthma als die körperliche Seite dessen zu betrachten, was wir im seelischen Bereich erfahren." Allerdings ist hierzu anzumerken, daß der Autor selbst überhaupt nur 20 % der Asthmatiker mit einer Allergie in Zusammenhang bringt.

B 5.1 Bei der Mehrzahl der Autoren besteht heute kein Zweifel an der Beteiligung psychischer Faktoren am Asthmageschehen. Einige unter ihnen, vor allem Jores (7k), gehen bei einem Teil der Fälle sogar von einem nur auf psychischer Ebene erklär-
baren Asthma aus. Als Beleg dient ihm dabei die Beobachtung, daß unter Versuchsbedingungen dar-
gebotene psychologische Reize in gleicher Weise und Häufigkeit wie stoffliche Allergene in der La-
ge sind, Anfälle zu provozieren.

Bei der Frage, warum eine primär psychische Störung sich gerade an den Atmungsorganen somatisiert, fällt immerhin die Mittelstellung der Atmung auf, zwischen un-
willkürlichen Vorgängen auf der einen und vom Be-
wußtsein steuerbaren auf der anderen Seite. Ob-
wohl die Atmung die meiste Zeit unabhängig vom bewußten Erleben abläuft, ist sie andererseits doch bewußter Einflußnahme gut zugänglich und ein Ausdrucksorgan für Gebärden, Stimmungen und Emotionen. Darüber hinaus ist sie natürlich auch noch ein entscheidender Faktor des Spre-
chens und so wiederum Indikator für die emotio-
nale Situation. So verwundert es nicht, wenn Christian (79) bei 80 % aller Neurotiker funktionel-
le Atemstörungen feststellte. Alle einfachen Er-
regungen, wie Wut oder plötzliche Angst, führen sofort zu einer Steigerung der Atemfrequenz;

(7k) Jores, A.	1967
(79) Christian, P.	1959

eine länger anhaltende Situation der Anspannung kann zu einer Vertiefung der Atmung führen. Diese Art der Hyperventilation ist beim Asthma trotz erhöhter Atemwegswiderstände häufig anzutreffen. Im Schlaf kommt es andererseits vor allem in den Tiefschlafphasen zu ruhiger, harmonischer Atmung. Roemer (80) gelang es, diesen Zusammenhang zwischen Atemlage und seelischer Grundstimmung, geistiger Konzentration und plötzlicher Erregung mit pneumographischen Untersuchungen zu belegen. Er fand auch, daß nach seelischer Erregung die Ausatemungskurve nicht mehr vollkommen zur Ruhelage zurückkehrte, d.h., daß die Inspirationsstellung nicht wieder ganz hergestellt werden kann, was ja beim Asthmatiker eindeutig der Fall ist. Man kann also wohl sagen, daß die Atmung eine Art Barometer der emotionalen Gestimmtheit ist. Besonders deutlich wird das auch noch bei der Betrachtung des Seufzens: Straus (81) spricht von einem kummervollen Seufzer der Einatmung und einem Seufzer der Erleichterung beim Ausatmen, wie beim Abwerfen einer Last. Bräutigam (19e) sagt dazu: "Auch in der verlängerten Ausatmung des Asthmatikers findet man die Hemmung, sich der eigenen Affekte zu entäußern. Im Einatmen und im Ausatmen ist eine Form des Umganges mit der Welt und mit sich selbst gegeben"

(80) Roemer, G.A. 1953

(81) Straus, E. 1954

(19e) Bräutigam, W. 1973

Diese Sachverhalte haben auch ihren Ausdruck in der Umgangssprache gefunden: Es "verschlägt einem den Atem", man "wagt kaum zu atmen", man glaubt in jemandens Nähe zu ersticken, möchte "nicht die gleiche Luft einatmen", man findet etwas "atemberaubend" oder es "bleibt einem gleich die Luft weg", man kann die Luft als "beklemmend", als "bedrückend", ja sogar als "dicke Luft" empfinden. Bei einigen dieser Ausdrücke kommt auch ihr Doppelaspekt sehr deutlich heraus; so kann "dicke Luft" nicht nur eine durch Rauch oder Nebel, sondern auch eine durch drohende psychische Entladungen charakterisierte Atmosphäre beschreiben. Schließlich kann man auch seine Distanz zu jemandem ausdrücken, indem man auf ihn "pfeift" oder ihm etwas "hustet". Die enge Korrelation zwischen emotionalen Spannungen und Atmungsfunktionen läßt es Alexander (39e) sehr wahrscheinlich erscheinen, "daß bei den meisten Krankheiten der Respirationsorgane psychologische Faktoren eine bedeutsame Rolle spielen".

Direkt in Richtung Asthma bronchiale weist eine physiologische Untersuchung von Hildebrandt (82), der die Reaktionszeit in Abhängigkeit von den Atemphasen bestimmte. Er fand bei inspiratorischer

(39e) Alexander, F. 1971
 (82) Hildebrandt, G. 1962

Thoraxstellung eine deutlich kürzere Reaktionszeit. Wenn man bedenkt, daß der Asthmatiker sich in dauernder Bereitschaftshaltung befindet, daß er immer abwehrbereit sein muß gegenüber drohenden Gefahren, so könnte seine pathologische Inspirationshaltung das körperliche Äquivalent seiner psychischen Situation sein. Auch Freuds (83) Feststellung einer engen Verbindung zwischen Atmung und Identifikationsprozessen, er spricht sogar von "respiratorischer Inkorporation", weist in die Richtung Asthma bronchiale, wie sich vor allem bei der Untersuchung der Objektbeziehungen der Asthmatiker noch zeigen wird.

- B 5.2 Bräutigam (24c) sieht in der Atmung einen physischen und psychischen Austausch mit der Umwelt, der im Astmaanfall in seinen beiden Aspekten unterbrochen werde. Sowohl in physischer als auch in psychischer Hinsicht ver-schließe sich der Asthmatiker gegen eine gefährliche, feindliche Umwelt. Auf körperlicher Ebene entspricht dieser Schutzreaktion die Anschwellung und Hypersekretion der Schleimhaut und der Bronchiolenkrampf. Mitscherlich (84) betrachtet dieses "Sich-Abschließen"

- | | |
|------------------------|------|
| (83) Freud, S. | 1918 |
| (24c) Bräutigam, W. | 1954 |
| (84) Mitscherlich, A. | 1950 |

während des Anfalls als parallel laufendes "psychosomatisches Simultangeschehen". Sperling (85) verweist auf große Ähnlichkeiten in den Persönlichkeitsstrukturen von Asthmatikern und Patienten mit Phobien: In der Phobie sei das Anklammern an die Mutter oder ihre Ersatzperson nötig, um unbewußten Todeswünschen gegen sie entgegenzuwirken. Im Asthmaanfall werde nun dieser selbe Konflikt mit Hilfe des Atmungsorganes somatisch ausagiert als ein Konflikt des Atmens: "Zu atmen oder nicht zu atmen hat die Bedeutung von leben oder sterben, von leben lassen oder töten. Die unbewußte Bedeutung des Asthmaanfalles enthüllt sich als eine Art magischer Kontrolle über Leben oder Sterben des ambivalent geliebten Objektes und des Patienten selbst." (77b). Sperling (86) weist darauf hin, daß nach ihren Erfahrungen die Wahl eines Organs zum somatischen Ausdruck eines neurotischen Konflikts nicht so sehr von einer etwaigen Organminderwertigkeit abhängt, als vielmehr von der Möglichkeit, mit diesem Organsystem spezifische, unbewußte Phantasien ausdrücken zu können. In einer späteren Arbeit kommt Bräutigam (19c) ebenfalls, von dem Konflikt um die geliebte, aber sich abweisend verhaltende Mutter ausgehend, zu dem Schluß, daß sich im Asthmaanfall eine Art Ersatz für die kindliche präverbale Ausdrucksform des Weinens darstelle. Das Weinen

- | | |
|---------------------|------------------|
| (85) Sperling, M. | 1961 |
| (77b) Sperling, M. | 1963 (übersetzt) |
| (86) Sperling, M. | 1960 |
| (19c) Bräutigam, W. | 1973 |

als erste und lange Zeit einzige Möglichkeit, die Mutter herbeizurufen, muß von dem Kind unterdrückt werden, da es vor den mütterlichen Reaktionen Angst haben muß. Zu ähnlichen Ergebnissen kam schon Alexander (39f), der noch weiter ausführt, wie unterdrücktes Weinen des Kindes zu charakteristischen Atemstörungen führen könne, die denen bei Asthma ähnlich sein könnten. Diese Interpretationen werden auch noch durch die Tatsache gestützt, daß viele Asthmatiker berichten, nicht weinen zu können, oder aber daß, sobald es dem Patienten gelingt, seinen Gefühlen im Weinen Luft zu machen, der Anfall schnell endet. Andere Autoren betonen noch mehr das unterdrückte Schreien nach der Mutter, das sich im Anfall ausdrücke, oder sehen in ihm einen unterdrückten Wutschrei gegen die Mutter (z.B. Mitscherlich). Zu ziemlich abweichenden Erkenntnissen kommt die Schule von Schulz-Henke und vor allem seine Schülerin Dührssen (87). Sie sieht in den "retentiven Elementen" des Festhaltens, Nicht-Hergeben-Wollens die Hauptcharakteristika des Asthmatikers. Das drücke sich nicht nur in den zwischenmenschlichen Beziehungen, sondern vor allem auch in der Atmungsfunktion aus.

(39f) Alexander, F.	1971
(87) Dührssen, A.	1969

B 5.3 Bei der psychologischen Sicht der Erkrankungs-situation geht es sowohl um den Konflikt, der zur Erstauslösung des Asthmas führte, als auch um Situationen, die dann später laufend Anfälle provozieren. Besonderes Gewicht muß dabei aber wohl dem für den ersten Anfall verantwortlichen Konflikt gegeben werden, da im Verlaufe der Erkrankung eine gewisse Entdifferenzierung der Auslösesituation vorkommen kann, wobei dann zunehmend unspezifischere seelische und körperliche Belastungen Auslösecharakter bekommen. Dieses Phänomen zeigte sich schon deutlich bei der Betrachtung der Allergene.

Nach De Boor (64e) kann es erst dann zur Ausprägung somatischer Symptome kommen, wenn das Ich des Patienten nicht mehr in der Lage ist, bestimmte traumatische Erfahrungen auf der Ebene psychischer Abwehrmechanismen zu bewältigen. Das kann vor allem dann geschehen, wenn bedingt durch körperlich-seelische Krisen im Entwicklungsprozeß, wie Pubertät oder Schwangerschaft, das bisherige Gleichgewicht zwischen Trieb und Abwehr gestört wird. Eine andere Möglichkeit ist, daß dieses Gleichgewicht über die Objektbeziehungen durcheinander gerät, etwa durch den drohenden Verlust eines für die Aufrechterhaltung der neurotischen Kompensation wichtigen Objektes. Dasselbe

(64e) De Boor, C. 1965

Ergebnis können "plötzliche Einbrüche der Funktions- und Widerstandsfähigkeit des Ich" haben, wie etwa körperliche Erkrankungen oder drohende Versagungen. Unter diesem Gesichtspunkt ließen sich auch diejenigen Ätiologietheorien betrachten, die Infekte oder hormonale Einflüsse als Asthmaursachen beschreiben.

Als charakteristisch für die initiale Asthmaauslösung beschreibt Bräutigam (19f) Situationen, die einen "Auf-forderungscharakter in Richtung einer feind-lich-aggressiven oder auch zärtlich-hingebungs-vollen Gefühlsäußerung haben". Die oft sehr ambivalent erlebten Gefühle von Haß oder Zärtlichkeit unterlägen aber einer starken Abwehr. Federn (88) macht kurzfristige Erleb-nisse, die die infantile Situation mit der so-wohl begehrten als auch gefürchteten Mutter wiederbeleben, für die Anfallsauslösung ver-antwortlich. Alexander (39g) findet oft Situati-onen, die Entscheidungen zwischen zwei Bin-dungen erfordern, verantwortlich für die Anfalls-auslösung. Er beschreibt einen typischen Fall, wo ein junger Mann auf den Konflikt zwischen der abhängigen Bindung an seine Mutter und der reiferen an seine Verlobte mit seinem er-sten Asthmaanfall reagiert. Ferner könnten Feindseligkeitsgefühle gegen das Liebesobjekt, die die abhängige Beziehung ernstlich bedrohen,

- | | |
|---------------------|------|
| (19f) Bräutigam, W. | 1973 |
| (88) Federn, P. | 1913 |
| (39g) Alexander, F. | 1971 |

Anfälle verursachen. Allein schon jede Forderung nach selbständigem Handeln könne den Konflikt zwischen Unabhängigkeits- und Abhängigkeitsstreben neu beleben und zum Anfall führen. In einer eigenen Untersuchung über den Zusammenhang zwischen Veränderungen in der Objektbeziehung und dem Anfallsgeschehen kommt Selesnick (89) zu folgendem Resümee: Verantwortlich für die kindlichen Asthmaanfälle seien Trennungsängste, und zwar in einem ziemlich weiten Sinn. Es käme hier nicht nur auf die reale Mutterfigur an, sondern zum Beispiel auch auf die internalisierten Vorstellungen, die das Kind von seiner Mutter habe. Wichtig sei aber auch die reale oder phantasierte Beziehung zum Vater oder jeder anderen Person, zu der eine intensive Beziehung in der Realität oder Phantasie bestehe. Mohr, Selesnick und Augenbraun (90a) finden in ihrer Untersuchung der Familienverhältnisse von Asthmakindern, daß die Anfälle häufig dann auftreten, wenn die Kinder durch den Verlust der minimalen Befriedigung durch die Eltern bedroht sind oder bei emotionaler Trennung von den Eltern aufgrund eines Familienkonfliktes. In seiner Untersuchung des Asthma im Kindesalter bringt Biermann (49c) einige Fallbeispiele, die die vorhergehenden theoretischen Überlegungen bestätigen: Ein Mädchen reagiert mit Asthma,

- | | |
|--|------|
| (89) Selesnick, S. | 1965 |
| (90a) Mohr, G.J., Selesnick, S.
u. Augenbraun, B. | 1965 |
| (49c) Biermann, G. | 1969 |

als seine Mutter es wegen Schulschwierigkeiten in ein auswärtiges Internat schickte. In einem anderen Fall bestand ein deutlicher Zusammenhang zwischen Krankenhausbesuchen der Mutter und kindlichen Anfällen. Ein vaterloser Junge erkrankte, als er erfuhr, daß seine Mutter wieder heiraten wollte. Ein anderer Junge bekam immer dann Anfälle, wenn der Pflichtbesuch bei seinem von ihm getrennt lebenden Vater bevorstand.

B 6.1 Die zuletzt beschriebene Ätiologietheorie der Allergie und die nun folgende am Verhalten orientierte Theorie nehmen eine gewisse Zwischenstellung ein, die Lehre von der Allergie insofern, als sie sowohl vom rein somatischen als auch von einem psychologischen Standpunkt aus interpretiert wird und die folgende Theorie von Grace (91) und Graham, da sie zwar psychologische Momente als entscheidende Faktoren postuliert, sich aber in ihrer theoretischen Grundlage dadurch vom psychoanalytischen Standpunkt unterscheidet, daß sie den Schwerpunkt auf das aktuelle Verhalten legt. Die Autoren gehen nicht von einer Untersuchung der Entwicklungsphasen, von Kindheitserlebnissen oder Einflüssen früher Traumata aus, sondern befassen sich ausschließlich mit den aktuellen Haltungen der Patienten in verschiedenen Konfliktsituationen, die zum Ausbruch der Symptomatik führten. Sie fanden dabei, daß mehr oder weniger verschiedene Menschen verschiedene Situationen subjektiv sehr einheitlich erlebten und verarbeiteten. So sei den Asthmatikern die Haltung gemeinsam, mit einer Situation überhaupt nichts zu tun haben zu wollen, sich vor ihr zu verschließen. Typisch dafür seien folgende Aussprüche: "Ich wollte nur, daß sie weggehen", "Ich wollte es auslöschen", "Ich hätte mir am liebsten die Decke über den Kopf gezogen" und "Ich wollte

(91) Grace, W.J. u. Graham, D.T. 1952

überhaupt nichts damit zu tun haben". Die Autoren betonen nun, daß beim Asthma diesen psychischen Abwehrformen die körperlichen vollkommen entsprechen: Die emotionalen und die physischen Vorgänge seien beide Ausdruck desselben Schutzmechanismus. Wenn diese Schutzreaktionen sich in die Länge zögen oder sehr häufig aktiviert würden, könne es zu funktionellen und sogar irreversiblen Schädigungen kommen. Hier ergibt sich eine gewisse Parallele zur Theorie der "Adaptationskrankheiten" von Selye (92), wenn es sich auch nicht um physische, sondern um psychische "Stresse" handelt.

Diese für Asthmatiker typischen Reaktionsweisen in Konfliktsituationen wurden auch von Analytikern häufig beobachtet und ergaben sich dann oft aus Störungen in den frühen Entwicklungsjahren. So zeigt Bräutigam (24d) bei der ausführlichen Schilderung der Analyse einer Asthmapatientin, wie diese Frau aufgrund ihrer gefühlsfeindlichen frühen Umwelt mit der Zeit dahin kommt, sich selbst vor jeder Gefühlsäußerung zu verschließen. Bräutigam schreibt in seinem Resümee: "Die verschiedenen Affekte Liebe und Haß gehen beide in der Haltung der "Panzerung" auf. Gemeinsam und spezifisch ist also nicht die Qualität der innerlich erlebten Regungen. Haß und Zärtlichkeit stehen gleichwertig nebeneinander und sind ambivalent durchmischt.

- | | |
|---------------------|------|
| (92) Selye, H. | 1953 |
| (24d) Bräutigam, W. | 1954 |

Gemeinsam ist aber die Haltung, zu der die Umwelt und die inneren Erlebnisse verarbeitet werden: Abschließung, Fremdheit, Schutz im Alleinsein, in der Isolierung, in der Panzerung. Typischer Ausspruch der Patienten: "Am liebsten wäre ich zu Hause ins Bett gegangen oder am liebsten irgendwohin, ich wollte von nichts wissen." Hier zeigt sich unserer Meinung nach, wie gut sich die analytische Theorie und die von Grace und Graham ergänzen. Beide bekommen, bezogen auf das gleiche Krankheitsgeschehen, auch ein übereinstimmendes Ergebnis, nur liegt der Beobachtungsschwerpunkt im einen Fall auf dem aktuellen Geschehen der Gegenwart, im anderen auf den Entwicklungsstufen der Vergangenheit. Wobei allerdings die entscheidend wichtige Frage, wie es nämlich zu diesen gemeinsamen Reaktionsschemata kommt, wohl nur durch den zweiten die Entwicklung berücksichtigenden Ansatz erhellt werden kann.

Einige Autoren gehen in einem Teil der Asthmafälle von einer erlernten Fehlathmung aus. So spricht Baeckmann (18b) in einigen Fällen, vor allem kindlichen Asthmas, "nur von einer schlechten Gewohnheit statt einer Krankheit". Diese Möglichkeit scheint von Jores bestätigt zu werden, der feststellte, daß asthmatische Atmung erlernbar ist und einmal angenommen nur noch schwer abzulegen ist. Diese

(18b) Baeckmann, C. 1971

Theorie geht davon aus, daß sich die asthmatische Atmung über den Mechanismus eines bedingten Reflexes einschleift. Die Erfahrung, daß es durch seine Krankheit (etwa Bronchitis oder Erkältung) und die dadurch gestörte Atmung, die Zuwendung der Bezugsperson erzwingen kann, bestärke das Kind in seinem Krankheitsverhalten. Es stellt sich natürlich die Frage, warum dieser Mechanismus nicht bei allen oder wenigstens vielen Krankheiten abläuft. Denkbar wäre, daß die Atmung besonders prädestiniert ist durch ihre Zwischenstellung zwischen willkürlichen und unwillkürlichen Prozessen. Die Frage, warum einige wenige Kinder nach einer Atemwegsinfektion asthmatisch reagieren, die große Mehrzahl aber nicht, ließe sich einfach damit erklären, daß offensichtlich auch noch eine affektive Mangelsituation des Kindes vorliegen muß und von Analytikern auch fast durchwegs gefunden wird. Auch eine unterschiedliche Organdisposition läßt sich als Erklärung anführen. Diese Theorie gäbe auch eine Erklärung für die häufig in der Vorgeschichte auftauchenden Luftwegsinfektionen.

In anderen Fällen postuliert Baeckmann (18b) eine "psychische Ansteckung" oder Nachahmung, die über einen vergleichbaren Mechanismus zum Asthma führen könnte. Auch verschiedene Analytiker

(18b) Baeckmann, C. 1971

weisen auf die Bedeutung lungenkranker Bezugspersonen hin, die als Identifikationsobjekte dienen können.

B 6.2 Die psychoanalytische Theorie der Asthmaentstehung steht durchaus nicht im Widerspruch zu den oben beschriebenen Erklärungsversuchen, vielmehr werden einige der beschriebenen Mechanismen durchaus auch von Analytikern als wichtige Glieder in der Ursachenkette zur letztlichen Erkrankung angenommen und konnten in Analysen auch bestätigt werden. Der Beobachtungsschwerpunkt liegt aber bei der analytischen Methode mehr auf der Genese als auf dem augenblicklichen Erscheinungsbild der Krankheit. In vielen Fällen lassen sich aus der gegenwärtigen Situation Rückschlüsse auf frühere Phasen und ihre Problematik ziehen, andererseits läßt die Untersuchung früher Entwicklungsstadien aber auch das gegenwärtige Erscheinungsbild erst verständlich werden. Im folgenden Teil wollen wir versuchen, die Psychogenese des Asthma in den verschiedenen Phasen zu beschreiben.

B 6.2.1 De Boor (64f) lokalisiert die Grundstörung beim Asthma in der oralen Phase der Triebentwicklung, nämlich in einer fundamentalen Störung der frühen Mutter-Kind-Beziehung. Ein Großteil der Autoren stimmt darin überein, daß die Mütter von Asthmatikern nicht in der Lage waren, ihre Kinder adäquat zu versorgen. Oft werden sie als überwältigend, in der Familie dominierend und sehr streng in ihren Forderungen geschildert: oft seien sie auch nicht fähig, ihren Kindern liebevolle Zuwendung zu geben, was sich vor allem in der Vermeidung direkten Hautkontaktes zeigen kann. In einigen Fällen sollte reichliches Essen die versagte Liebe ersetzen, aber da es dann leicht im Überfluß aufgedrängt wurde, entstanden daraus Ablehnung und Widerwillen beim Kind. In diesem Zusammenhang ließen sich auch die in der Vorgeschichte manchmal anzutreffenden Mager- bzw. Fettsuchtperioden interpretieren. Andererseits beschreibt Bräutigam (19g) auch die ängstlich überbesorgte Mutter (overprotective mother), die dem Kind von vornherein alle Schwierigkeiten aus dem Weg räumt, es durch Verwöhnung erdrückt und so die aggressive und motorische Entwicklung des Kindes behindert. Alexander (39g) findet häufig eine Mischung aus unbewußter Verführung und nach außen gezeigter deutlicher Zurückhaltung vor allem in bezug auf körperliche Zärtlichkeiten.

(64f) De Boor, C.	1965
(19g) Bräutigam, W. u. Christian, P.	1973
(39g) Alexander, F.	1971

Aus diesen frühzeitigen oralen Frustrationserlebnissen resultiert das vielen Patienten gemeinsame spätere Bedürfnis nach passiver Liebeszuwendung, sie wollen liebkost und verwöhnt werden, verlangen ständig Liebesbeweise, ohne den Wunsch zu haben, auch ihrerseits Liebe zu geben. Dabei sind ihre Bedürfnisse nach Zuwendung maßlos und kaum zu befriedigen. Darüber hinaus fällt das Bestehen auf umgehender Befriedigung auf, ein Aufschub etwa kann nicht geduldet werden. Diese Alles-oder-Nichts-Forderungen sind ein Hinweis auf die Fixierung der libidinösen Bedürfnisse auf einer sehr frühen Ebene, auf der jedenfalls das Ich noch keinen wirksamen ausgleichenden Einfluß nehmen konnte. Durch das bisher Gesagte scheint es aber noch nicht ohne weiteres möglich, den Asthmatiker von anderen Patientengruppen abzugrenzen, denn z.B. die passiv-orale Bedürfnislage findet sich etwa auch beim Ulcuspatienten. Baeckmann (18c) betont auch ausdrücklich die enge Beziehung zwischen diesen beiden Erkrankungen und weist darauf hin, daß in vielen Asthmatikeranamnesen auch ein Magengeschwür zu finden sei. Für Alexander steht allerdings beim Asthmatiker nicht so sehr der Wunsch im Vordergrund, gefüttert und damit versorgt zu werden, sondern mehr unter die Fittiche

genommen, geschützt zu werden. De Boor (64f) gelingt es noch in anderer Hinsicht, die Spezifität der Objektbeziehung des Asthmatikers herauszuarbeiten: Während der Ulcuspatient das Objekt auch bekommen wolle, stoße es der Asthmatiker, obwohl er die Befriedigung seiner Bedürfnisse von ihm erwarte, von vornherein ab. Er verhindere schon im voraus jedes Gefühl zwischenmenschlicher Nähe. De Boor sieht darin das Ergebnis der durch die orale Frustration enorm starken Aggressivität und der "ungeschlichteten Ambivalenz der Objektbeziehung". Der Asthmatiker wird hin- und hergerissen zwischen der ersehnten und gleichzeitig als bedrohlich erlebten Nähe.

In Anbetracht der relativen Einigkeit, die Hauptstörung bei Asthma-patienten sehr früh, also in der oralen Phase, zu lokalisieren, scheint es notwendig, das erste Lebensjahr genauer zu betrachten. Interessant in diesem Zusammenhang ist, daß das Asthma auch häufig sehr früh beginnt. Engström (26) und Mitarbeiter fanden bei 60 % der untersuchten Asthmakinder einen Beginn während der ersten drei Jahre. Dees (93) weist darauf hin, daß man bei Erhebung einer sorgfältigen Anamnese den Beginn meist noch wesentlich früher ansetzen kann, als die Eltern

- | | |
|--------------------|------|
| (64f) De Boor, C. | 1965 |
| (26) Engström, J. | 1959 |
| (93) Dees, S.C. | 1967 |

spontan angeben. Oft fände man bei den Kindern bereits im ersten Lebensjahr häufige Bronchitiden, Bronchiolitis oder auffällig geräuschvolle Atmung. Erikson (94) geht davon aus, daß die menschliche Persönlichkeit in relativ festgelegten aufeinanderfolgenden Stadien wächst, wobei jedes Stadium seine kritische Phase habe, in der das Individuum besonders verletzlich sei. In diesen kritischen Phasen, die er auch Krisen nennt, erfahren die verschiedenen Komponenten der Persönlichkeit ihre entscheidende Ausprägung und bleibende Lösung. Im ersten Stadium, das etwa dem ersten Lebensjahr entspricht, sollte sich eine Art Urvertrauen, nach Erikson der Eckstein einer gesunden Persönlichkeit, herausbilden. Er versteht darunter eine Einstellung zur Umwelt und zu sich selbst, die sich in einem Gefühl des Sich-Verlassen-Dürfens ausdrückt. Der Säugling muß lernen, sich auf die Versorger aus seiner Umwelt verlassen zu können, wobei deren Gleichheit und Beständigkeit sehr wichtig seien. Das Maß an Vertrauen, das er aus seinen ersten Erfahrungen entwickeln kann, hängt nach Erikson nicht allein von der Quantität an Nahrung und Liebe, sondern vor allem von der Qualität der mütterlichen Bindung ab. Gerade hier liegt aber das zentrale Problem der Asthmakinder, bei denen fast durchwegs eine gestörte Mutter-Kind-Beziehung zu finden ist. Es liegt also nahe, anzunehmen, daß sich dieses Urvertrauen bei ihnen

nicht angemessen entwickeln konnte, und daß auch die nächsten Stadien der Autonomieentstehung und der Entwicklung von Initiative in Mitleidenschaft gezogen werden. Das kann etwa bei der Autonomieentwicklung sowohl durch das Fehlen des grundlegenden Urvertrauens als auch durch die weiterbestehende Störung der Mutter-Kind-Beziehung bedingt sein. Einen Hinweis auf das nicht erworbene Urvertrauen gibt das Verhalten des erwachsenen Asthmatis, der, wie De Boer beschrieben hat, immer noch beschützt werden will und sich auf seine Umwelt nicht verlassen kann. Auch die Tatsache, daß diese Umwelt für ihn angstbesetzt ist, weist auf den Mangel an Vertrauen hin. Jores (95) beschreibt Asthmatiker als Menschen, die die Welt, so wie sie ist, nicht akzeptieren können, die an der Welt leiden. Die tiefe Unzufriedenheit mit der Umwelt und sich selbst, das Empfinden von Bedrohung und Gefährlichkeit wegen all des Bösen in der Welt, führen zu einem Leben voll Angst und mangelnder Geborgenheit. Was Jores hier als Charakteristik des erwachsenen Asthmatis ausmacht, hat sehr wahrscheinlich seine Wurzel in einer Störung der von Erikson beschriebenen Phase der Entstehung des Urvertrauens. Der Asthmatiker hat eben nicht gelernt, sich geborgen zu fühlen und sich auf die Umwelt verlassen zu dürfen.

(95) Jores, A. 1964

Noch aufschlußreicher für die Lokalisierung einer spezifischen Störung bei Asthmatikern sind die Arbeiten von Spitz (96a), der sich eingehend der Untersuchung des ersten Lebensjahres widmet. Er hat anhand von Filmaufnahmen und direkten Beobachtungen ein detailliertes Entwicklungsmodell der ersten 18 Lebensmonate erarbeitet: Auch dieses Modell postuliert eine Entwicklung in vorprogrammierten, aufeinander aufbauenden Stufen mit jeweils kritischen Phasen erhöhter Verletzlichkeit. Seiner Ansicht nach überwiegt zu Beginn des Lebens die Reifung, womit er die physische Entfaltung meint, und erst später gewinnt die psychische Entwicklung zunehmend an Bedeutung, um schließlich das Übergewicht zu bekommen. Bestimmte Stadien der physischen Reifung und psychischen Entwicklung müssen zusammenkommen, um eine Stufe erfolgreich zu bewältigen. Der Beginn einer neuen Stufe wird durch das erstmalige Auftreten eines spezifischen affektiven Verhaltens gekennzeichnet, das Spitz als Indikator für die neue Phase auffaßt. Später spricht er auch mit einem aus der Embryologie entlehnten Begriff von psychischen Organisatoren. Der erste solche Organisator ist die Lächelreaktion des Kindes etwa um den dritten Monat auf das frontal dargebotene menschliche Gesicht. "Die Reaktion ist der Indikator dafür, daß das Kind sich von der

(96a) Spitz, A.R. 1972

ausschließlichen Rezeption von Reizen aus seinem eigenen Inneren nach außen gewandt hat – zur Perzeption von Umweltreizen. Es ist von der Stufe des primären Narzißmus, von der Stufe der Nichtdifferenziertheit, zur nächsten Stufe fortgeschritten, auf der es Beziehungen zu seiner Umgebung aufnimmt." (96a). Mit diesem Übergang von der inneren Sensation zur äußeren Perzeption macht der Säugling den entscheidenden Schritt von der "coenästhetischen Rezeption" der ersten Monate zur "diakritischen Perzeption" des ganzen folgenden Lebens. Jetzt werden Erinnerungsspuren angelegt und verfügbar, die Realitätsprüfung beginnt und gerichtete Objektbeziehungen werden aufgebaut. Der nächste Organisator, die Achtmonatsangst, signalisiert, daß das Kind nun in der Lage ist, sein Liebesobjekt – meist seine Mutter – von allen anderen "fremden" Menschen zu unterscheiden. Dieses Stadium ist normalerweise zwischen dem 6. und 10. Monat erreicht. Von nun an steht die Beziehung zu seinem Liebesobjekt weit im Vordergrund. Ein weiterer wichtiger Fortschritt dieser Stufe ist die Vereinigung der aggressiven und der libidinösen Triebe auf das eine Liebesobjekt, während sie zur Zeit des ersten Lächelns noch auf ein gutes und ein böses Objekt aufgeteilt sind. Der dritte Organisator ist das erste vom Kind bewußt ausgedrückte "Nein" und fällt bereits in die anale Phase. Spitz weist darauf hin, daß die mangelhafte Ausbildung der ersten beiden Stufen

zu einer asymmetrischen Entwicklung führen und so nachfolgende Stufen negativ beeinflussen könne. Zusammenfassend sagt er über sein System aufeinanderfolgender Stadien: "Der erste Organisator der Psyche strukturiert die Wahrnehmung und errichtet die Anfänge des Ichs. Der zweite integriert Objektbeziehungen mit den Trieben und etabliert das Ich als eine organisierte psychische Struktur mit einer Mannigfaltigkeit von Systemen, Apparaten und Funktionen. Der dritte Organisator schließlich öffnet den Weg für die Entwicklung der Objektbeziehungen auf der eigentlich menschlichen Ebene der semantischen Kommunikation." (96b). Aus der Tatsache, daß das Kind mit dem Auftreten des 2. Organisators erstmals eine bestimmte Person eindeutig identifizieren kann, ergibt sich zwar das besondere Gewicht der Mutter-Kind-Beziehung ab diesem Zeitpunkt, aber auch schon vorher hat diese Beziehung entscheidende Bedeutung für die kindliche Entwicklung; die Mutter ist meist sein einziger Kontakt zur Umwelt, sie repräsentiert seine Umgebung und schafft dabei im idealen Fall das für die kindliche Entwicklung günstige affektive Klima. Spitz drückt das folgendermaßen aus: "Die Liebe und Zärtlichkeit, die sie für das Kind empfindet, machen es für sie zu einem Objekt unaufhörlichen Interesses;

aus dieser nimmermüden Anteilnahme heraus bietet sich ihm eine stets sich erneuernde, reiche und mannigfaltige Skala, eine ganze Welt von lebenswichtigen Erfahrungen. Diese Erfahrungen werden dadurch so wichtig für das Kind, daß sie durch die Affekte der Mutter bereichert und gefärbt und mit ihnen verwoben sind, und auf diese Affekte reagiert das Kind ebenfalls affektiv. Das ist im Säuglingsalter wesentlich, denn zu dieser Zeit sind die Affekte von weit größerer Bedeutung als zu irgendeiner späteren Zeit im Leben. Während der ersten Lebensmonate herrschen im Erleben des Säuglings affektive Wahrnehmung und Affekte vor, und zwar so sehr, daß sie praktisch alle anderen Wahrnehmungsweisen ausschließen." (72b). Entscheidend scheint uns vor allem die Betonung der mütterlichen Affekte, die im Säuglingsalter ebenso wichtig sind für die Kommunikation, wie im reiferen Alter die Sekundärvorgänge. Aufgrund seiner Beobachtung vieler Säuglinge und ihrer Mutterbeziehungen kommt Spitz zu dem Schluß, schädliche psychische Einflüsse im Kleinkindalter seien die Folge von unbefriedigenden Mutterbeziehungen, Persönlichkeitsstörungen der Mütter spiegeln sich in Störungen des Kindes wider. Er schreibt: "Gerade die Vollkommenheit einer Beziehung zwischen zwei so gut aufeinander eingestimmten Wesen, die durch so viele faßbare und unfäßbare Bande verbunden

sind, bringt jedoch die Gefahr ernsthafter Störungen mit sich, wenn sie einmal "verstimmt" sind. Sie müssen nicht einmal die Harmonie miteinander einbüßen. Es genügt, wenn einer der Partner in der Dyade – meistens wird es die Mutter sein – nicht mit seiner Umwelt harmoniert. Ihr formender Einfluß macht es unvermeidlich, daß ihre eigene Disharmonie sich in der Entwicklung des Kindes widerspiegelt – noch dazu gewissermaßen in einem Vergrößerungsspiegel." (72c).

Bei den schweren Störungen der Objektbeziehung unterscheidet Spitz zwischen unzureichenden Beziehungen, etwa bedingt durch zeitliches Fehlen der Mutter in unterschiedlichem Umfang mit daraus folgender "affektiver Mangelerkrankung" des Kindes und ungeeigneten Mutter-Kind-Beziehungen. Es gelingt ihm dabei, spezifischen mütterlichen Fehlverhaltensweisen spezifische kindliche Erkrankungen eindeutig zuzuordnen. So können partieller Entzug der affektiven Zufuhr zu anaklitischen Depressionen, primär ängstlich übertriebene Besorgnis zur Dreimonatskolik und Feindseligkeit in Form von Ängstlichkeit zu Neurodermitis führen. Besonders das letzte Beispiel, von Spitz Säuglingsekszem genannt, läßt deutliche Verbindungen zum Asthma bronchiale erkennen. So fällt es, wie auch

(72c) Spitz, A.R.

1965

das Asthma, jedenfalls zum Teil unter den Begriff der Atopie (atopische Dermatitis). Von einigen Allergologen und Kinderärzten wird auch, allerdings in anderem Zusammenhang, auf diese Verbindung hingewiesen. So schreibt Erdmann (22b) bei der Besprechung der sowohl für allergisches Asthma als auch für allergische Dermatitis verantwortlichen Ig E-Antikörper: "Erst mit zunehmendem Lebensalter spielt sich die autochthone Ig E-Produktion bei Kindern ein. Meist reagiert beim Säugling zunächst die Haut (atopische Dermatitis). Erst später kommt es zur Sensibilisierung der Atemwege." Die Autoren Mohr, Selesnick und Augenbraun (90b) weisen darauf hin, daß 30 bis 40 % der Kinder, die ein Säuglingsekzem hatten, später an Asthma erkrankten. 50 bis 60 % der Kinder, die früh an Asthma erkrankten, hatten vorher schon ein Ekzem. Dieser Zusammenhang wird auch von vielen Klinikern beschrieben. So verweist Baeckmann (18d) ebenfalls auf die Beobachtung, daß viele Asthmakinder vorher an schwerem Milchschorf oder Ekzem erkrankt waren und andererseits erwachsene Asthmatiker auch häufig zusätzlich oder alternierend an Ekzem leiden. Aus diesem Grund scheint es uns wichtig, Spitz (72a) Ergebnisse vor allem in bezug auf die Objektbeziehung bei Säuglingsekzem zum Vergleich heranzuziehen.

- | | |
|---|------|
| (22b) Erdmann, G. | 1975 |
| (90b) Mohr, G.J., Selesnick, S.u.
Augenbraun, B. | 1965 |
| (18d) Baeckmann, C. | 1971 |
| (72a) Spitz, A.R. | 1965 |

Bei seiner Untersuchung des Säuglingsekzems ging Spitz von einer Gruppe von 202 Kindern aus, die zusammen mit ihren Müttern in einer Anstalt für straffällig gewordene schwangere Frauen untergebracht waren. Die Mütter bekamen ihre Babys in der Anstalt und versorgten sie das folgende Jahr allein, so daß sie praktisch die einzige Umweltbeziehung der Säuglinge darstellten. Auffallend war, daß der Anteil an Kindern mit Säuglingsekzem mit ca. 15 % weit über dem Durchschnitt von 2,5 % lag. Spitz untersuchte nun diese Kinder und ihre Mütter ein Jahr lang nach den verschiedensten Kriterien und fand schließlich in bezug auf die Kinder, daß sich statistisch eindeutige Unterschiede zwischen den 28 erkrankten und den 174 verschont gebliebenen Babys auf zwei Punkte beschränkten: Bei den Hautreflexen (z.B. reflexhaftem Suchverhalten, Cremasterreflex usw.) zeigten diejenigen Säuglinge, die später an Ekzem erkrankten, einen viel höheren Durchschnittswert der Hauterregbarkeitsreaktionen, und da von Geburt an vorhandene Reflexe ein sicherlich ungelerntes Verhalten darstellen, spricht Spitz hier von angeborener organischer Disposition. Das zweite Kriterium war psychischer Art: Nur 15 % der erkrankten Säuglinge zeigten die Achtmonatsangst, während es in der Kontrollgruppe 85 % waren. Das bedeutet, daß die Ekzemkinder in ihrer Affektentwicklung zurückgeblieben waren, was auf einer Störung der

Objektbeziehung beruhen mußte, da die Kinder unfähig geblieben waren, zwischen ihren Müttern und Fremden zu unterscheiden. Im Rahmen der psychiatrischen Exploration der Mütter der Ekzemkinder ergab sich dann auch, daß diese in bezug auf ihre Kinder eine Haltung manifester Ängstlichkeit zeigten, hinter der sich ein "ungewöhnlich großes Quantum unbewußter verdrängter Feindseligkeit verbarg". Spitz fand unter ihnen eine erstaunlich große Anzahl infantiler Persönlichkeiten, und noch eine weitere Gemeinsamkeit zeigte sich: Die Mütter berührten ihre Kinder nicht gerne und verweigerten ihnen deshalb weitgehend den Hautkontakt. Psychologische Tests ergaben für die Kinder einen Rückstand in den Bereichen des Lernens und der sozialen Beziehungen. Spitz führte das darauf zurück, daß die ängstlichen Mütter ihren Kindern, indem sie ihnen Bedürfnisbefriedigung vorenthalten (Hautkontakt), die primäre Identifikation erschweren. Diese besteht darin, daß der Säugling seine ganze Umwelt, soweit sie seiner Bedürfnisbefriedigung dient, als Teil seiner eigenen Person erlebt und sich deshalb damit identifiziert. Durch das Vorenthalten der taktilen Erlebnisse werden die Möglichkeiten zur primären Identifikation aber entscheidend eingeengt, da die Erfahrung der Umwelt in frühen Phasen vor allem über die Haut abläuft. Zu Beginn des Lebens nimmt der Säugling

im Rahmen der coenästhetischen Wahrnehmung hauptsächlich Reize aus seinem Körperinneren, also vor allem dem Magen, wahr. Allmählich verlagert sich dann die Wahrnehmung mehr nach außen auf die Haut. Den Ekzemkindern werden nun aber aufgrund der spezifischen Fehlhaltung ihrer Mütter die notwendigen Hautkontakte vorenthalten. Durch das Ekzem verschaffen sie sich nun scheinbar selbst die entbehrten Hautreize. Sie werden durch das Nichtfunktionieren der Umwelt auf sich selbst zurückverwiesen und entwickeln eine primär narzistische Störung. So hat die Affektion der Haut eine autistische Komponente im Sinne einer sich selbst beschafften Ersatzbefriedigung. Von der fehlenden primären Identifikation führt eine direkte Verbindung zur organismischen Panik dieser Altersstufe. Das scheint vor allem wichtig im Hinblick auf später auftretende umfassende Ängste bei Asthmatikern. Einen weiteren schädigenden Faktor bemerkte Spitz bei der direkten Beobachtung der Mütter: Sie gaben den Kindern aufgrund ihrer eigenen gefühlsmäßigen Unsicherheit nur inkonsequente und unzuverlässige affektive Signale. Hier scheint uns wichtig, daß Mohr, Selesnick und Augenbraun (90c) als typische Gemeinsamkeit der Mütter von Asthmakindern anführen, daß diese Frauen das Gefühl haben, ihrer Mutterrolle überhaupt nicht gerecht zu werden. Sowohl bei

(90c) Mohr, G.J., Selesnick, S. u.
Augenbraun, B. 1965

Erikson als auch bei Spitz wurde aber gerade die Wichtigkeit verlässlicher affektiver Zeichen für die Entwicklung des Kindes deutlich.

Es ergeben sich offensichtlich Parallelen zwischen Ekzem- und Asthmakindern, was ja zum Teil selbstverständlich erscheint, da das über Allergie Gesagte teilweise für beide Gruppen zutrifft. Hier ist allerdings der Begriff der Allergie weit zu fassen und beinhaltet auch psychologische Aspekte, denn eine Allergie im Sinne einer Antikörper-Antigen-Reaktion auf ein spezifisches Allergen konnten die Kliniker etwa bei den von Spitz untersuchten Kindern ausschließen. Beim direkten Vergleich der Objektbeziehungen beider Gruppen ergeben sich Übereinstimmungen in bezug auf wichtige Faktoren, wie mütterliche Einstellung und Hautkontakt. So beschreiben eine Reihe von Autoren Verweigerung von direktem Hautkontakt und mütterliche Ablehnung auch für Asthmakinder. Rees (97) fand bei einer Untersuchung von 330 Asthmakindern in bezug auf die Erziehungseinflüsse, denen sie ausgesetzt waren, folgendes:

Elterliche Einstellungen	Asthma- kinder(in %)	Kontroll- len (in %)
Positiv akzeptierende Einstellung:	44	82
Nicht akzeptierende Einstellung:		
- Überprotektion:	44,5	14
- Perfektionismus:	7	2
- Offene Ablehnung:	4,5	2
	56	18

(97) Rees, L. 1964

Jores (95) zitiert eine amerikanische Forschergruppe (Miller, Völkel und Baruk), die bei Kindern, die allergische, besonders asthmatische Beschwerden aufwiesen, sogar in 98 % der Fälle eine mütterliche Ablehnung der Kinder fanden. 80 % dieser Kinder waren ausgesprochen aggressiv gehemmt im Vergleich zu nur 17 % einer Kontrollgruppe. Möglicherweise handelt es sich bei kindlichem Asthma und Ekzem um die gleiche oder doch sehr ähnliche psychische und/oder allergische Schädigung bei verschiedener organischer Disposition. Bei Auftreten beider Erkrankungen nacheinander, wobei das Ekzem dem Asthma fast immer vorausgeht, könnte es sich um die gleiche Schädigung bei unterschiedlicher zeitlicher Reaktionsbereitschaft beider Organsysteme handeln.

Nach Spitz Untersuchungen haben die Ekzembilder durchwegs Schwierigkeiten bei der Herstellung der ersten Objektbeziehung. Die Prozesse der primären Identifikation können nicht befriedigend und ausreichend ablaufen und das Kind bleibt in seiner Entwicklung zurück, was sich daran zeigt, daß es erst einmal nicht zur Ausbildung einer festen Beziehung zur Mutter kommt (Ausbleiben der Achtmonatsangst). Wie aus anderen Untersuchungen hervorgeht, sind die Ekzembilder zum Teil mit den Asthmakindern identisch, oder waren doch zumindest ähnlichen Bedingungen ausgesetzt. Interessant

scheint uns in diesem Zusammenhang, daß verschiedene Autoren (vergl. oben De Boor) bei ihren Untersuchungen an erwachsenen Asthmatikern auch fast durchwegs auf problematische Objektbeziehungen hinweisen. Die Beziehungen erscheinen vielfach als unreif und erinnern in ihrer völligen Einseitigkeit teilweise an frühkindliche Beziehungsmuster. Der erwachsene Asthmatiker hat wie das Kind die Tendenz, sein Objekt völlig in Besitz zu nehmen und ständig Schutz und Zuneigung zu nehmen oder doch zu fordern, während er selbst nicht in der Lage ist zu geben. Weiterhin fallen auch die unreifen Identifikationsprozesse erwachsener Asthmapatienten auf. Sowohl für Allergiker als auch für Asthmatiker ist eine totale Identifikation charakteristisch, die bis zur völligen Annahme der Eigenschaften des Objekts und totalen Projektion eigener Eigenschaften auf das Objekt geht. Möglicherweise handelt es sich hier um Fixierungen an die nicht geglückte Phase der Herstellung der ersten Objektbeziehungen. Zu dieser Zeit ist die Identifikation natürlicherweise eine totale, alles einschließende, und vor allem ist sie auch die Hauptmöglichkeit für den Säugling, sich seiner Umwelt zu nähern. Bei den erwachsenen Asthmatikern ist diese Art der Identifikation immer noch eine wichtige Möglichkeit, sich den Objekten ihrer Umwelt anzunähern, obwohl sie nun natürlich keine angemessene Form mehr ist und deshalb wohl auch kaum zu reifen Objektbeziehungen führen kann.

B 6.2.2 In der Literatur gibt es zahlreiche Hinweise, die auch eine problematische Entwicklung der Asthmatiker in der folgenden Periode der Libidoentwicklung, der analen Phase, wahrscheinlich machen. De Boor bezeichnet eine Regression auf die anale Phase und damit verbunden eine Entmischung der libidinösen und aggressiven Impulse und einen Rückzug in die Welt der Phantasie als allen Patienten gemeinsame Charakteristika. Auch Spitz beschreibt eine Störung der Verschmelzung der libidinösen und der aggressiven Impulse, die um die Zeit der Achtmonatsangst beginnen sollte. Nach seinen Erfahrungen tritt diese Verschmelzung schon vor Beginn der analen Phase in entscheidende Krisen. Die für die anale Phase charakteristische Phantasiewelt, die dem Patienten einen magischen Umgang mit der Realität erlaubt und seine Gedanken allmächtig werden läßt, ermöglicht ihm auch, mit seinen aggressiven Regungen fertig zu werden, so daß er dann nach außen eher aggressionsgehemmt erscheint, was bei vielen Asthmatikern auch deutlich wird. Diese Art der Auseinandersetzung mit der Welt durch einen Rückzug in die Phantasie ist typisch für Kinder in der analen Phase und ein Hinweis auf eine Fixierung an diese Entwicklungsstufe.

Neben den mehr oder weniger stark vertretenen Eigenschaften, die die Psychoanalyse dem "analen Charakter" zurechnet, Eigensinn, Geiz und Pedanterie, fällt besonders das "retentive Moment" auf.

Dührssen (87) hält die retentive Haltung neben der Aggressionsgehemmtheit für das herausragende Charakteristikum der Asthmastiker. Zur Genese der analen Fixierung verweist sie auf die häufig "zwangsneurotisch pedantischen" Charakterzüge der Eltern, die ihren Kindern ein übertriebenes Ordnungs- und Sauberkeitsgefühl aufzwingen und sie nicht selten zu dienendem Gehorsam drillen. Für eine Einschätzung der analen Phase ergeben sich hinsichtlich des Asthma zwei Möglichkeiten. Im Sinne von Dührssen könnte es sich um eine primär anale Störung infolge negativer Erziehungseinflüsse handeln. Denkbar wäre aber auch, daß bedingt durch die primär narzistische Störung in der oralen Phase, die zwanghaften Züge Abwehrcharakter haben. In diesem Sinne würde das Kind, gezwungen durch die innere Leere, die durch die Versagungen der oralen Phase entstanden ist, nach außen eine zwanghafte Ordnung aufbauen, um so sein wenig stabiles Selbst vor dem Zerfall zu bewahren. Für diese Interpretation würde sprechen, daß man auch bei anderen narzistischen Störungen häufig als Schutz gegen eine Fragmentierung des Ich zwanghafte Abwehrformen antreffen kann. Die von Dührssen beobachtete spezifische Erziehungsweise der Eltern könnte das Ausweichen in zwanghafte Abwehrmechanismen dann noch besonders fördern.

Bedenkt man die Entwicklung in den beiden frühen Phasen, so verwundert es eigentlich kaum noch, daß auch die Bewältigung der ödipalen Phase mit ihren Auswirkungen auf die erwachsene Partnerschaft meist nicht gelingen konnte. Ursächlich ist dabei wieder die grundlegend gestörte Objektbeziehung, vor allem das Verhältnis zu der übermächtig und ablehnend erlebten Mutter. Bei den männlichen Patienten findet man häufig statt der normalen Entwicklung – zeitweiligem phallischen Rivalisieren mit dem Vater und späterer Identifikation mit ihm – eine Umkehrung des Ödipuskomplexes, dahingehend, daß sich der Sohn für den Vater zum Liebesobjekt macht und sich wenigstens teilweise mit der dominierenden und phallisch erlebten Mutter identifiziert. In diesem Zusammenhang erscheint auch die Tatsache verständlich, daß oft neben der dominierenden Mutter ein eher schwächlicher unterdrückter Vater anzutreffen ist und daß andererseits ein starker Vater, der eine normale Beziehung zu seinem Kind hat, einen sehr positiven, wenn nicht sogar verhindernden Einfluß auf die Krankheit des Kindes haben kann. Die Ursache für die Verkehrung der ödipalen Situation liegt sehr wahrscheinlich in der pathologischen Beziehung zur Mutter. Wahrscheinlich gelingt es den Patienten nie, sich vollständig aus der Dualunion mit der Mutter zu

lösen. Zwar werden sie teilweise schon sehr früh von der Mutter durch deren Ablehnung aus der Symbiose hinausgeworfen, sie fallen dann jedoch entsprechend den frühen Reaktionsmöglichkeiten in autistische Haltungen zurück. So bleibt das Streben nach der Symbiose erhalten und die Patienten können sich nicht aktiv von dieser Beziehung zu einer reiferen entwickeln. Es verwundert dann eigentlich nicht, daß sie auch zur Zeit der ödipalen Problematik noch so mit der Mutter identifiziert sind, daß sie nicht mit dem Vater rivalisieren können. Das würde bedeuten, daß sie die Dualunion mit der Mutter verlassen müßten, um auf einer reiferen Ebene zu versuchen, mit ihr eine Beziehung herzustellen.

Aus dem negativ erlebten Ödipuskomplex läßt sich einerseits die oft gefundene latente Homosexualität vieler Asthmapatienten herleiten, andererseits könnte hier die Erklärung liegen für die unreifen sexuellen Bedürfnisse anderer Patienten: Sie erhoffen sich, wie De Boor (64f) ausführt, Befriedigung von einer dominierenden Frau im "passiven Umworben- und Versorgtwerden", wobei sie genital sexuelle Handlungen vermeiden. Reifere sexuelle Impulse müßten der Verdrängung zum Opfer fallen, da sie, wegen der mangelhaften Verschmelzung libidinöser und aggressiver Triebenergien – aufgrund der Problematik in der analen

(64f) De Boor, C. 1965

Phase – keine Rücksicht auf das Objekt zulie-
ßen und damit für das Ich gefährlich würden.
Auch hier wird wieder das Verharren auf ei-
ner prägenitalen Stufe deutlich. Die durch
den Verdrängungsvorgang eher noch stärker
und für das Ich überwältigender gewordenen
genital sexuellen Impulse erfordern nach
De Boor einen "unaufhörlichen Gegenbeset-
zungsaufwand".

In der Literatur finden sich
leider kaum Hinweise auf das Verhalten weib-
licher Patienten während der ödipalen Phase.
Während der Junge auf sein ursprüngliches
Liebesobjekt zurückgreifen kann, muß das
Mädchen seines wechseln. Aus dem oben in
bezug auf das Verharren in der Dualunion Ge-
sagte würde folgen, daß sich die Mädchen wei-
terhin mit der Mutter identifizieren und sich
ihrem Vater als Liebesobjekt anbieten können.
In dieser Hinsicht wären sie dann im Hinblick
auf die Ödipussituation den Jungen gegenüber
im Vorteil. Zweifelhaft bleibt allerdings, ob
sie in der Lage sind, mit der Mutter tatsäch-
lich zu rivalisieren, denn dazu wäre ein ge-
wisses Lösen aus der symbiotischen Mutter-
beziehung nötig. Weitgehende Übereinstim-
mung herrscht in der Literatur über die Stö-
rung der heterosexuellen Partnerbeziehung bei
Asthmapatienten. Eine Reihe von Autoren be-
tonen die Störung der reifen Sexualfunktionen,
wobei sie besonders auf Frigidität und Potenz-
störungen hinweisen.

B 7 Bei Betrachtung der verschiedenen Therapiemethoden fällt auf, daß sie, obwohl in ihrem Ansatz zum Teil grundverschieden, doch jeweils hohe Erfolgsziffern anführen können. Aus dieser Situation, daß mit verschiedensten Methoden hohe "Erfolgsquoten" erreicht werden können, resultiert wohl zumindest teilweise die relative Widersprüchlichkeit der verschiedenen Ätiologietheorien. Wenn man etwa mit Desensibilisierungsmaßnahmen eine Besserung erreicht, so liegt es nahe, eine Sensibilisierung als Ursache anzunehmen. Ebenso erscheint es auf den ersten Blick vernünftig, bei einer Besserung während psychologischer Therapie eine psychische Ursache anzunehmen. Da es sehr ^{un-}wahrscheinlich ist, daß alle Richtungen ihre Erfolge überschätzen und da auch nicht anzunehmen ist, daß die Kranken von sich aus zum "richtigen" Therapeuten gehen, d.h. daß zufällig alle Allergiker zum Allergologen und alle Neurotiker zum Analytiker gehen, die Theorien aber andererseits doch sehr gegensätzlich wirken, scheinen uns hier einige grundsätzliche Überlegungen angebracht.

B 7.1 Besonders bei Kindern ergeben sich erhebliche Schwierigkeiten, den Therapieerfolg eindeutig zu beurteilen aus der Tatsache, daß 30 bis 45 % der Kinder ihr Asthma auch ohne Therapie irgendwann "auswachsen". Diese Kinder werden in den meisten Erfolgsstatistiken mitgezählt. Einen erheblichen Teil der Verwirrung stiftet auch der uneinheitliche Gebrauch von Begriffen, wie "Heilung", "Besserung" oder "Symptomfreiheit" und die teilweise nicht übereinstimmenden Kriterien ihrer Definition. Auf diese Probleme weisen verschiedene Autoren hin, die sich um eine Objektivierung des Therapieerfolges bemühten (98) (99). Schwierigkeiten entstehen oft auch aus der Unmöglichkeit, Patienten über sehr lange Zeiträume zu beobachten, vor allem, da nach der "Heilung" vom Patienten kaum noch Motivation zum Arztbesuch zu erwarten ist. Ist er wirklich beschwerdefrei, so sieht er oft keinen Grund mehr, zum Arzt zu gehen; ist sein Zustand aber trotz hoher Erwartungen ungebessert, so wird er sich vielleicht an einen anderen Therapeuten wenden. Eine wahre Odyssee von Therapeut zu Therapeut in der Anamnese vieler Asthmatiker weist auf ein solches Verhalten hin. Oft führt der Weg vom Hausarzt zum Facharzt und weiter an Spezialkliniken. Dann folgen oft noch Krankenhaus-, Sanatoriums- und Kuraufenthalte. Wenn auch das nichts nützt, folgen vielfach noch Behandlungen bei verschiedensten Heilpraktikern.

(98) Ryssing, E. 1959

(99) Unger, L., Unger, A.H. u. Wolf, A.A. 1952

Ein weiterer Grund für die vielen so verschiedenen Ätiologietheorien scheint uns in der Tatsache zu liegen, daß es "das" Asthma und folglich auch "die" Asthma-ätiologie nicht gibt. Statt "dem" Asthmatiker gibt es einzelne Menschen, die aufgrund ihrer Anlagen und ihrer spezifischen Umweltsituation asthmatisch reagieren. Folglich kann es auch nicht eine einzige befriedigende generelle Asthmatherapie geben, sondern die Behandlung muß immer von dem jeweiligen einzigartigen Individuum ausgehen.

Eine weitere Erklärung für die unterschiedlichen Therapiemethoden und daraus folgend auch Ätiologietheorien sehen wir in der Möglichkeit, daß sie an verschiedenen Punkten der langen Kette von der grundlegenden Bereitschaft über die verschiedenen Auslösemöglichkeiten zur manifesten Krankheit angreifen und so tatsächlich auch helfen, wenn auch nicht immer heilen. Hieraus ergibt sich die Notwendigkeit einer sehr breiten Polypragmasie in der Behandlung, allerdings unter Berücksichtigung der Tatsache, inwieweit man mit der jeweiligen Methode nur symptomatisch, symptomprophylaktisch oder grundlegend ursachenbeseitigend vorgeht. In diesem Sinne wollen wir versuchen, die verschiedensten Ansätze zu referieren und einzuschätzen. Damit soll allerdings nicht von vornherein eine Wertung vorgenommen werden, vielmehr sind wir der Meinung, daß verschiedene Therapieformen zu verschiedenen

Zeiten und unter Umständen auch gleichzeitig ihre Berechtigung haben – im akuten Anfall etwa liegt naturgemäß der Hauptschwerpunkt auf der Symptombekämpfung, während im anfallsfreien Intervall mehr die Prophylaxe und Ursachenbekämpfung im Vordergrund stehen wird.

B 7.2 Bei Beurteilung der Effekte verschiedener symptomatisch wirkender Pharmaka muß man sich vor Augen halten, daß laut Kuschinsky (100) aufgrund der psychischen Komponenten des Asthma in 40 % der Fälle Placebos vorübergehend Erfolg haben. Daraus folgt einerseits, daß man Erfolgszahlen kritisch gegenüberstehen und immer die Möglichkeit einer Placebowirkung bedenken sollte, daß aber andererseits Tranquillantien, die eine "psychovegetative Entkoppelung" bewirken, in vielen Fällen mit Erfolg angewandt werden, da sie die physische Mitreaktion auf psychische Reize weitgehend verhindern. Diese Auswirkung wird leicht verständlich, wenn man Alexanders These vom Asthma bronchiale als einer Erkrankung der parasymphathischen Gruppe mit physischer Dauererregung aufgrund vieler ähnlicher psychischer Reize zugrunde legt.

(100) Kuschinsky, G. u. Lüllmann, H. 1974

Aufgrund solcher Erfahrungen und des tatsächlich häufig gefundenen überwiegenden Vagotonus sollten den Vagus blockierende Pharmaka, also etwa Parasympatholytika vom Typ des Atropin, asthmahemmende Wirkung haben. In der Praxis werden sie allerdings, zumindest in Deutschland, wenig gebraucht. In einer amerikanischen Studie, die die Wirkungen von Atropinsulfat, also einem Parasympatholytikum, mit Isoproterenol, einem Sympathomimetikum, vergleicht, kommen Klock und Mitarbeiter (101) zu dem Ergebnis, daß beide Substanzen als Bronchodilatoren bei der Behandlung und Verhinderung von Asthmaanfällen gleich wirksam seien. Durch die Benutzung von Atropinsulfat in der Form von Dosieraerosolen konnten sie außerdem die bei parenteral gegebenem Atropin typischen Nebenwirkungen vermeiden. Chamberlain und Mitarbeiter (102) stellten fest, daß Atropin den bronchodilatorischen Effekt von Sympathomimetika verlängert und empfehlen die kombinierte Anwendung.

Sympathomimetika, die das beim Asthma offensichtlich bestehende Ungleichgewicht zwischen den beiden Anteilen des vegetativen Nervensystems durch Aktivierung des Sympathikus beeinflussen, sind ausgesprochen wirksam. Dabei wird das Adrenalin selbst,

(101) Klock, L.E. 1975

(102) Chamberlain, D.A. 1962

wegen seiner starken Nebenwirkungen, vor allem am Herz-Kreislauf-System, kaum noch angewandt. Die negativen Nebenwirkungen sind bei seinen Abkömmlingen Isoprenalin und Orciprenalin geringer; am günstigsten, weil in ihrer Wirkung selektiv, sind Beta-2-Rezeptoren-Stimulatoren, wie das Terbutalin, Salbutamol, Berotek und Fenotefol (103). Medikamente dieser Gruppe können sowohl parenteral als auch in Tablettenform eingenommen werden. Leifer und Wittig (103) bringen eine Untersuchung von 14 spezifisch wirkenden Beta-2-Stimulatoren in Aerosolform mit einer ausführlichen Beschreibung ihrer jeweiligen Wirkungen in bezug auf das Asthma bronchiale. In Form des sogenannten "Dosieraerosols" können sie auch als Spray benutzt werden. Anderson und Mitarbeiter (104) stellten fest, daß die Anwendung als Dosieraerosol wesentlich wirksamer ist als etwa die Tablettenform, und daß auch die Nebenwirkungen in diesem Fall wesentlich geringer seien.

So wichtig diese Pharmaka zur Durchbrechung des Anfallsgeschehens sind, so problematisch scheint doch ihre Daueranwendung zu sein. Abgesehen davon, daß eine ursachenbeseitigende Therapie einer reinen Symptombehandlung auf alle Fälle vorgezogen werden sollte, kommt es bei der Dauerbehandlung mit Sympathomimetika zur Aufnahme

(103) Leifer, K.N. u. Wittig, H.J. 1975

(104) Anderson, S.D. 1976

erheblicher Pharmakamengen mit möglicherweise erheblichen Nebenwirkungen. Darüber hinaus ist es wahrscheinlich, daß es zu einer gewissen Gewöhnung des Organismus an die Sympathomimetika kommt und die Mittel dann im entscheidenden Moment des akuten Anfalls versagen oder zu schwach wirken können. Parker (105) fand in verschiedenen Untersuchungen, daß die Erregbarkeit der adrenergen Beta-Rezeptoren bei schwerem Asthma verändert ist. Er weist ausdrücklich darauf hin, daß hier möglicherweise die bronchodilatorische Therapie mit Sympathomimetika ursächlich verantwortlich sein könnte. Ein weiterer Nachteil der Inhalationsbehandlung mit einem Inhaliergerät ist die unter Umständen bald auftretende Gewöhnung und schließlich psychische Abhängigkeit vom Inhalationsgerät. Es sind einige Fälle beschrieben, wo anfallsfreie Kinder mit einem Asthmaanfall reagierten, als sie sich bewußt wurden, daß ihr Inhalationsapparat nicht greifbar war. Wenn man an die psychische Reaktionslage vieler Asthmatiker denkt mit ihrer typischen Tendenz, sich vollkommen zu identifizieren und abhängig zu machen, so wird auch die scheinbar unverständliche extreme Abhängigkeit mancher Asthmatiker von "ihrem Apparat" durchsichtiger. Bei Kindern hat man manchmal den Eindruck, als würde der Apparat in die Mutter-Kind-Symbiose mit einbezogen, oder als würde

die kindliche Fixierung von der Mutter auf den Apparat verschoben. Aus diesen Gründen lehnen einige Autoren Inhalationsapparate grundsätzlich ab, Biermann (49d) läßt sie sogar während der Therapie demonstrativ von den Kindern selbst zerstören. So hilfreich und sinnvoll die Sympathomimetika bei der Behandlung akuter Asthmaanfälle sein mögen, so problematisch bleiben sie doch für die Dauertherapie, vor allem, wenn man bedenkt, wie leicht sie überdosiert werden können, insbesondere, wenn Patienten oder Eltern die Dosierung selbst in die Hand nehmen.

Der Pharmakologe Eichholtz (106) nennt als Nebenwirkungen der Sympathomimetika (Adrenalin): Angstzustände, Herzklopfen, Schlaflosigkeit, Tremor und Ohnmachten. Rohrmoser (107) erwähnt weiterhin: Appetitlosigkeit, Erbrechen, Obstipation und Schwindel. Auch auf einen möglichen Zusammenhang zwischen Sympathomimetikadauerbehandlung und Hypertension sowie Arteriosklerose wird von Curtius (108a) verwiesen. Derselbe Autor (109) beschreibt auch Ephedrinsucht als Folge der Asthmatherapie mit dieser Noradrenalin freisetzenden Substanz. Gar nicht so

(49d) Biermann, G.	1969
(106) Eichholtz, F.	1957
(107) Rohrmoser, H.G.	1956
(108a) Curtius, F.	1965
(109) Curtius, F.	1952

selten seien auch Psychosen im Zusammenhang mit der Sympathomimetikatherapie. Borck (110) beobachtete 14 Fälle innerhalb von 2 Jahren in einer psychiatrischen Klinik. In einer Untersuchung von 100 Asthmatikern auf Sympathomimetikanebenwirkungen fand Rohrmoser (107) in 2/3 der Fälle Kreislaufschäden. Solche Ergebnisse lassen die Sympathomimetika als Dauertherapeutika problematisch erscheinen, ohne daß dadurch ihre herausragende Rolle bei der akuten Symptombekämpfung gemindert würde. Vielmehr sollte auch gerade deshalb die Dauerbehandlung eingeschränkt werden, um im Notfall die volle Wirkung zur Verfügung zu haben.

Zu erwähnen ist weiter unter den symptomatisch wirkenden Pharmaka das Theophyllin, das vor allem auch in der Kinderheilkunde Verwendung findet. Saule (111) fand bei einer Untersuchung an 79 Kindern bei 83 % einen guten bis sehr guten Therapieerfolg, nur bei 6 % sei der Behandlungserfolg schlecht gewesen. An Nebenwirkungen stellte er geringes Erbrechen bei 25 % der Kinder fest. Simons und Mitarbeiter (112) empfehlen im akuten Anfall die intravenöse Gabe, derselbe Autor und Freedman (113) geben es auch bei chronisch rezidivierenden Asthmabeschwerden in oraler und rektaler Applikationsform. Rounds (114) berichtet allerdings von Todesfällen nach höheren

- | | |
|-----------------------|------|
| (110) Borck, W.F. | 1961 |
| (107) Rohrmoser, H.G. | 1956 |
| (111) Saule, H. | 1976 |
| (112) Simons, F.E.R. | 1975 |
| (113) Freedman, S.S. | 1970 |
| (114) Rounds, V.J. | 1956 |

rektalen Aminophyllingaben. White und Daeschner (115) beschreiben sogar Todesfälle bei intravenöser und oraler Applikationsweise. Angesichts solcher möglicher Gefahren kommt das Theophyllin wohl, ähnlich den Sympathomimetika, hauptsächlich im akuten Anfall infrage.

Was in bezug auf die Sympathomimetika als Dauertherapeutika galt, gilt für die Corticosteroide in noch stärkerem Maße. Hier sind die Nebenwirkungen dermaßen schwerwiegend, daß diese Medikamente jenen Fällen vorbehalten bleiben sollten, in denen andere Therapieformen ohne Wirkung bleiben. Aus verschiedenen Untersuchungen (116) (117) geht hervor, daß auch bei den Nebennierenrindenpräparaten die Anwendung in Form von Dosieraerosolen Vorteile hat. So würden bei Anwendung in den vorgeschriebenen therapeutischen Dosen die sonst für Steroide typischen Nebenwirkungen nicht auftreten, lediglich zu Pilzinfektionen des Rachens sei es gekommen. Allerdings wird auch hier betont, daß die Steroidtherapie die allerletzte therapeutische Maßnahme bleiben sollte. Die meisten Autoren sind sich darin einig, daß die Indikation zur Steroidtherapie sehr eng ist, und daß Langzeitbehandlungen nur in den seltensten Fällen angezeigt sind. Rohrmoser (118) etwa

- | | |
|--------------------------------------|------|
| (115) White, B.H. u. Daeschner, C.W. | 1956 |
| (116) Gaddie, J. | 1973 |
| (117) Williams, M.H. | 1974 |
| (118) Rohrmoser, H.G. | 1956 |

gibt an, daß bei Behandlung von 63 Asthmatikern nur in 6 Fällen die Gabe von Steroiden nötig war, und daß bei 4 Patienten die Mittel nach 1 bis 2 Wochen wieder abgesetzt werden konnten und bei den beiden anderen auf sehr niedrige Dosen zurückgegangen werden konnte. Als mögliche Nebenwirkungen bei Steroiddauertherapie werden allgemein genannt: Cushing-Syndrom, Nebennierenrindeninsuffizienz, Steroidakne, Ödeme in Folge eines gestörten Wasser- und Elektrolythaushaltes, Frakturneigung aufgrund von Osteoporose, Glykosurie, Ulcera des Magen-Darmtraktes, Herabsetzung der Infektionsresistenz. Auch wurden wiederholt Psychosen beobachtet. Erdmann (22c), der im übrigen die Wichtigkeit der Corticosteroide vor allem im Status hervorhebt, betont aber gleichzeitig die bereits erwähnten Nebenwirkungen und verweist obendrein auf die Möglichkeit erheblicher Wachstumsstörungen im Kindesalter. Auch Faillers und Mitarbeiter (119) betonen die Gefahr, bei Kindern durch die Steroidtherapie das Längenwachstum zu hemmen. Schenk (120) berichtet darüber hinaus von Augenschäden bei Dauertherapie. Ein besonders schwerwiegendes Argument gegen die Steroidtherapie als Dauerbehandlung ist auch die

- | | |
|-----------------------|------|
| (22c) Erdmann, G. | 1975 |
| (119) Faillers, C.J. | 1961 |
| (120) Schenk, H. | 1960 |

Beobachtung, daß offensichtlich ein Zusammenhang zu plötzlich auftretenden Todesfällen im Status besteht. Findeisen (121a) und De Camp (122) beobachteten unabhängig voneinander Todesfälle, die sie der Steroiddauertherapie zuschreiben. Schneer (123) berichtet, daß in den USA seit Einführung der Cortisontherapie die Mortalitätsrate des kindlichen Asthma auf 2,4 % gestiegen sei, während sie in der Vorsteroidaera praktisch gleich Null gewesen sei. Auch Mueller (124) betont, daß die Sterberate seit 1949, dem Beginn der Steroidtherapie in den USA, auf das 2- bis 3-fache gestiegen sei, während sie vorher konstant gewesen sei.

Eine gewisse Mittelstellung nimmt das Dinatrium cromoglicicum ein, da es praktisch nicht symptomatisch wirkt, also im Anfall wertlos ist, aber als Dauertherapeutikum in der Lage ist, Anfälle zu verhindern oder doch ihre Frequenz zu senken. Nach Godfrey (125) verhindert es wahrscheinlich die Degranulation der Mastzellen und damit die Freisetzung der Mediatoren, wie etwa des Histamins. Dadurch ist die Wirkungskette des allergischen Asthma an einer entscheidenden Stelle unterbrochen. Erdmann (22c) gibt an, daß das Dinatrium cromoglicicum

(121a) Findeisen, D.G.R.	1968
(122) De Camp, G.	1961
(123) Schneer, H.J.	1963
(124) Mueller, H.L.	1961
(125) Godfrey, R.C.	1974
(22c) Erdmann, G.	1975

über das allergische hinaus auch noch das durch körperliche Anstrengung hervorgerufene Asthma günstig beeinflusse. Er betont auch, daß das Medikament kaum Nebenwirkungen habe und deshalb bei Dauerasthma über längere Zeit drei- bis viermal täglich inhaliert werden könne. Zu ähnlichen Ergebnissen sowohl in bezug auf die Wirksamkeit als auch in bezug auf die Nebenwirkungen kommt Woolcock (126). Sie fand eine besonders günstige Wirkung bei Kindern, die in vielen Fällen bis zu völliger Symptommfreiheit ging. Nebenwirkungen konnte sie, abgesehen von einer leichten Reizung des Rachens in einigen Fällen, überhaupt nicht feststellen. Cernelc (127) stellte bei statistischen Auswertungen von Ergebnissen spezifischer Hyposensibilisierungsbehandlungen fest, daß Kinder, die mit Dinatrium cromoglicicum behandelt waren, signifikant weniger Anfälle während der Therapie hatten, und daß auch der Therapieerfolg bei ihnen überzeugender war. Dieses Medikament hat also sicher seine Bedeutung für die Langzeitbehandlung, wobei aber zu bedenken bleibt, daß es nicht etwa das Asthma heilt, sondern lediglich eine, wenn auch wohl sehr erfolgreiche, symptomprophylaktische Wirkung hat. Aufgrund seiner ausgesprochen geringen Nebenwirkungen scheint es als medikamentöse Dauertherapie akzeptabel zu sein.

- | | |
|----------------------|------|
| (126) Woolcock, A.J. | 1977 |
| (127) Cernelc, D. | 1975 |

B 7.3 Bei den speziellen Allergiebehandlungsmöglichkeiten ist an erster Stelle die Methode der spezifischen Desensibilisierung zu nennen. Dabei werden Extrakte von demjenigen Antigen appliziert, gegen welches der betreffende Patient allergisch ist. Es gibt verschiedene Vorgehensweisen: Bei der üblichen Langzeitbehandlung liegen zwischen den Injektionen Zeiträume von 3 bis 4 Tagen in den ersten Monaten, die dann später verlängert werden können. Weiter gibt es die Möglichkeit einer jährlichen Depotgabe. Der Erfolg der Behandlung bestimmt die Therapiedauer; er wird gemessen am Negativwerden der Provokationstests. Um einen über mehrere Jahre anhaltenden Desensibilisierungseffekt zu erreichen, ist im allgemeinen eine Therapiedauer von wenigstens 2 Jahren erforderlich. Das zeigt bereits, in welchem Ausmaß diese Methode Zeit und Geduld des Patienten wie auch des Arztes erfordert. Die Erfolgsaussichten dieser Behandlungsweisen werden von den verschiedenen Autoren völlig unterschiedlich angegeben. Scheiffarth (128) rechnet mit einer Erfolgsquote von 70 bis 90 %. Müller (129) gibt sogar bei kindlichem Asthma bronchiale infolge von Mehrfachsensibilisierung bei bis zu 80 % der Patienten gute Behandlungserfolge an. In einer relativ verlässlichen Untersuchung, bei der auch eine

- | | |
|-----------------------|------|
| (128) Scheiffarth, F. | 1964 |
| (129) Müller, R. | 1975 |

Kontrollgruppe existierte, fand Johnstone (130) bei einer Gruppe von allergischen Asthmakindern nach einer Hyposensibilisierungstherapie 78 % bis zu ihrem 16. Geburtstag asthmafrei, wogegen es in der unbehandelten Kontrollgruppe nur 24 % waren. Curtius (108b) rät dagegen völlig von der Desensibilisierung ab, mit Ausnahme von ganz spezifischen Fällen, wie etwa bei Bäckerasthma: "Bei zusammenfassender Beurteilung vieler fremder und eigener Erfahrungen kommen wir zum Ergebnis, daß die von manchen Autoren so überaus betonte therapeutische Bedeutung antiallergischer Maßnahmen sachlicher Prüfung nicht standhält." Die Schwierigkeiten, diese Methode einzuschätzen, beginnen bereits bei der relativ geringen Verlässlichkeit der Provokationstests zur Feststellung des Antigens. Auf die geringe Aussagekraft der Hauttests wurde bereits oben hingewiesen. Findeisen (121b) der im übrigen nicht von Desensibilisierung, sondern von Hyposensibilisierung spricht, weil nach seinen Erfahrungen völlige Reaktionslosigkeit im Sinne der Anergie praktisch nie zu erreichen sei, gibt aufgrund der oben beschriebenen Schwierigkeiten folgende Kriterien für eine Erfolgskontrolle an:

1. Mindestens 2-jährige Beschwerdefreiheit.
2. Negativwerden des Inhalationstests.
3. Meßbares Abnehmen der Hautreaktion.

(130) Johnstone, D.E.	1973
(108b) Curtius, F.	1965
(121b) Findeisen, D.G.R.	1968

Bei Zugrundelegung dieser Kriterien und unter der Voraussetzung optimaler Therapiebedingungen sei es möglich, Erfolgsquoten von 40 bis 70 % zu erreichen. Voraussetzung sei selbstverständlich ein eindeutig allergisches Asthma.

Die Nebenwirkungen dieser Therapie hängen natürlich sowohl vom Patienten als auch vom jeweiligen Antigen ab und reichen von lokalen Reaktionen, wie Juckreiz, Schwellung und Lymphangitis über Herdreaktionen, wie der Provokation von Asthmaanfällen und Durchfällen bis zu Allgemeinerscheinungen, wie Urtikaria, Quincke-Ödem und u.U. auch zum voll ausgebildeten anaphylaktischen Schock. Eine abschließende Beurteilung dieser Methode scheint im Augenblick noch nicht möglich, da sich die vorgelegten Ergebnisse zum Teil erheblich widersprechen. Herxheimer (131) erschien es bereits 1956 "fraglich, ob der enorme Aufwand an Zeit und Mühe bei der Hyposensibilisierung den Erfolg wert ist". 20 Jahre später scheint es nun immer noch nicht möglich, eindeutige Aussagen zu machen. Auch nach Findeisens relativ strenger Beurteilung bleibt zu fragen, ob man tatsächlich von Erfolg sprechen kann, wenn nach intensiver mehrjähriger Therapie die Beschwerden nach 2 oder 3 Jahren u.U. doch von Neuem beginnen.

(131) Herxheimer, H. 1956

Einen grundsätzlich anderen therapeutischen Ansatzpunkt bringt die Methode der Allergeneliminierung aus der Umwelt des Kranken. Bei einer eindeutig monovalenten Allergieform kann diese Methode u.U. recht einfach sein, sie kann aber auch Umzug in eine andere Gegend oder Milieuwechsel bedeuten. In ihrer Extremform machte diese Therapie den Aufenthalt in der sogenannten "Klimakammer" nach Storm van Leuwen notwendig. Besonders bei Kindern sind die psychischen Auswirkungen einer solchen Isolierung beziehungsweise die Ausrichtung der ganzen kindlichen Umwelt und seines Lebens auf unbedingte Allergenfreiheit nicht zu unterschätzen. Schwierigkeiten ergeben sich vor allem auch, wenn man an die weiter oben beschriebene häufige Entwicklung in Richtung einer polyvalenten Allergie denkt. So kann es durchaus bei erfolgtem Umzug nach anfänglicher Symptombefreiheit in der neuen Umgebung bald zu einer Sensibilisierung gegen andere Allergene kommen. Aufgrund der Unsicherheit in bezug auf die Besserung und der evtl. erheblichen Auswirkungen eines Wohnortwechsels in sozialer Hinsicht lehnen einige Therapeuten dieses Vorgehen überhaupt ab (z.B. Baeckmann), während andere raten, erst einmal probeweise an dem neuen Wohnort Urlaub zu machen. Allerdings bietet auch Symptombefreiheit während dieses "Urlaubs" nicht die Gewähr, daß das Asthma nicht nach dem endgültigen Umzug doch wieder auftritt. Der Weg

der Allergenausschaltung, dem Findeisen (121) immerhin noch größere Erfolgsaussichten einräumt als der spezifischen Hyposensibilisierung, bedarf unseres Erachtens zumindest bei Kindern sehr vorsichtiger und kritischer Überprüfung. Die damit meist einhergehende unnatürliche Lebensgestaltung kann erhebliche psychische Störungen bewirken, die gegen den oft nur zeitweiligen Erfolg solcher Maßnahmen sorgfältig abgewogen werden müßten, vor allem auch in Anbetracht der Tatsache, daß Asthmakinder eben oft psychisch bereits erheblich geschädigt sind.

- B 7.4 Eine wichtige Rolle in der Asthmatherapie spielen Kuraufenthalte. Fast alle Asthmatiker und besonders Asthmakinder werden irgendwann einmal auf Kur geschickt. Entsprechend dem komplexen asthmatischen Geschehen können diese Klimakuren sowohl sehr nützlich als aber auch schädlich sein. In vielen Fällen stellen sie eine rein symptomatische Behandlung dar, sozusagen einen Urlaub vom Asthma, der aber mit dem Ende der Kur auch wieder zu Ende ist. Man kann Blaha und Skreta (132) nur zustimmen, wenn sie eine genaue Abklärung der an der Asthmagenese beteiligten Faktoren vor jeder Kur fordern, um den richtigen Zeitpunkt

(121) Findeisen, D.G.R. 1968

(132) Blaha, H. und Skreta, K. 1968

für die Kur und vor allem die richtige Therapie während des Kuraufenthaltes wählen zu können. Bei einer unreflektierten Kurverschickung können zum Beispiel Asthmastiker mit eindeutiger Allergie und etwa Asthmakinder mit überwiegend psychischer Genese die gleiche scheinbare Besserung erfahren. In einem Fall, weil etwa im Hochgebirge die spezifischen Allergene fehlen, im anderen Fall, weil das pathologische Verhältnis zur Mutter durch das momentane Fehlen der Mutter zurückgedrängt ist. Beiden wird aber so nicht dauerhaft geholfen, vielmehr wird die Enttäuschung zu Hause nur größer sein. Gerade bei kleinen Kindern kann die erzwungene Trennung von der Mutter auch erhebliche negative Auswirkungen haben. Das häufig bereits belastete Verhältnis zwischen Mutter und Kind kann eher noch schlechter werden, weil sich das Kind zum Beispiel noch verlassenener fühlt oder seine Ängste noch zunehmen. Wird die Kur aber mit anderen Therapieformen neben der speziellen Klimatherapie kombiniert und in den allgemeinen Behandlungsplan eingebaut, so kann sie durchaus günstig wirken. Das müßte dann aber zum Beispiel auch bedeuten, daß in einigen Fällen Mutter und Kind zusammen fahren und auch zusammen behandelt werden im Sinne einer psychologischen Therapie, die die Problematik der Bindung zwischen beiden mit einbezieht.

Dem Klima kommt bei solchen Kuren eher unterstützende Funktion zu,

entscheidender ist wohl der Milieuwechsel, denn es hat sich gezeigt, daß ganz unterschiedliche Klimata in bezug auf Asthma gleich wirksam sind. "Klimaallergene" im eigentlichen Sinne gibt es wohl nicht. Kleinsorge (133) nimmt vielmehr an, daß ein klimatisch und landschaftlich begünstigter Kurort oder zum Beispiel auch eine Schiffsreise neben der Änderung des äußeren Milieus auch zu einer "Abschaltung vom inneren Milieu" führen. Der Klimatologe Pfeleiderer (134) betont, daß man im Augenblick noch kein genaues Bild von den klimatischen Auswirkungen auf das Asthma geben könne, daß aber zum Beispiel sicher sei, daß sich Inversionslagen ungünstig auswirkten. Nach den bisherigen Erfahrungen sind vor allem Nordsee- und Hochgebirgsklima für Asthmatiker geeignet. Diese beiden Reizklimata zeichnen sich vor allem durch Reinheit der Luft, auch bezüglich der Allergene, aus. Beide sind auch eher kühl und weisen wenig schwüle und heiße Tage auf. In bezug auf das Nordseeklima wird auch angenommen, daß die schleimhautfreundlichen Eigenschaften des Meerwassers broncholytische und anti-phlogistische Wirkung haben. Ein weiterer Aspekt beider Klimata ist die für Asthmatiker günstige Abhärtung, die sie mit sich bringen, und die im Sinne einer unspezifischen Desensibilisierung wirkt. Nach Marks (135) ist die

- | | |
|-----------------------|------|
| (133) Kleinsorge, H. | 1968 |
| (134) Pfeleiderer, H. | 1964 |
| (135) Marks, M.B. | 1954 |

Klimatherapie bei Asthmakindern ein Problem mit vielen Aspekten, man dürfe sie zwar nicht ganz vernachlässigen, habe sie seiner Meinung nach in der Vergangenheit aber oft überschätzt.

- B 7.5 Eine ziemlich umfassende Therapie gibt Curtius (108c) an. Er geht von einer multifaktoriellen Genese des Asthma aus und integriert folglich auch verschiedene therapeutische Elemente zu einem Behandlungsplan. Im Mittelpunkt stehen Atem-, Entspannungs- und Psychotherapie. Da Curtius in der asthmatischen Atmung in erster Linie einen "klassischen eingeschliffenen Reflex" sieht, steht die Atemtherapie im Vordergrund. Der Asthmatiker soll zuerst einmal wieder lernen, richtig, d.h. ruhig und entspannt, zu atmen. Hier stimmt er völlig mit Baeckmann (18a) überein, der von den gleichen Grundannahmen ausgehend auch zu fast identischen therapeutischen Konsequenzen kommt. Lediglich die Gewichtung der einzelnen Komponenten unterscheidet sich etwas, da Baeckmann den verschiedenen Massageformen und dem Autogenen Training eine besonders dominierende Rolle gibt. Curtius betont, daß allein durch

(108c) Curtius, F. 1965
(18a) Baeckmann, C. 1954

die Atemtherapie eine objektivierbare Besserung der Atemfunktion zu erreichen ist. Aepli (136) konnte mittels Bestimmung von Tiffeneau-Test, Vitalkapazität und Residualvolumen eine Verbesserung der Atemfunktion in Abhängigkeit von der Therapiedauer belegen. Im Mittelpunkt der Atemtherapie steht neben einer allgemeinen Beruhigung des ganzen Atemvorganges und der Betonung der Ausatmung die Erlernung der Bauchatmung und allmähliche Verringerung der Brustatmung. Der Patient lernt diese für ihn neue Atemtechnik von einem Therapeuten, der ihm die Übungen vormacht und sich täglich mehrmals mit ihm beschäftigt. Als Ergänzung empfiehlt Curtius Entspannungsübungen, wie Autogenes Training, Gymnastik und eine auf den einzelnen abgestimmte Kombination verschiedener Massagemethoden. Er betont ausdrücklich, daß diese Methoden alleine nicht ausreichen, daß sie vielmehr nach Bedarf kombiniert werden sollten. Mit dieser relativ breiten Therapie konnte Curtius (108c) bei 233 beobachteten Patienten in 14 % der Fälle völlige Anfallsfreiheit erreichen, in 21 % gute Besserung, bei 26 % war der Erfolg fraglich, in 39 % blieben die Anfälle unverändert. Die relativ hohe Zahl von Mißerfolgen erklärt er mit mangelnder Motivation der betreffenden Patienten.

(136) Aepli, R.	1962
(108c) Curtius, F.	1965

Die aktive Mitarbeit ist sowohl bei Curtius als auch bei Baeckmann Grundbedingung für einen andauernden Erfolg, was bei der mehr pädagogischen Tendenz ihrer Therapie auch leicht einsehbar ist. Echte Motivation ist im übrigen auch mit Ausnahme vielleicht der reinen Pharmakotherapie bei den anderen Therapien – vor allem auch der analytischen – unverzichtbare Voraussetzung. Bei allen diesen Therapieformen ist bei Kindern natürlich auch die aktive Mitarbeit der Eltern von tragender Bedeutung, und zwar scheint sie um so dringender erforderlich, je jünger die Kinder sind.

- B 7.6 Einer der grundlegendsten, aber auch aufwendigsten Ansatzpunkte ist unserer Einschätzung nach die psychoanalytische Therapie. Das gilt natürlich nur für Asthmaanfälle mit überwiegend psychischer Genese. Aber auch bei vielen Fällen allergischen Asthmas sind nach De Boor erhebliche psychische Komponenten beteiligt. Einer der Vorteile dieser Therapieform liegt in ihrem grundsätzlichen Vorgehen, die Konflikte werden tatsächlich bis an ihre Wurzeln verfolgt und dann bearbeitet, so daß man immerhin sicher sein kann, Ursachen und nicht Symptome zu behandeln. Ein weiterer

Vorteil liegt in dem vollkommen auf das betreffende Individuum abgestellten Vorgehen. In der Analyse ist es kaum möglich wie bei einigen der anderen Methoden, das Asthma als Symptom zu behandeln, sondern hier wird in jedem Fall der asthmatisch reagierende Mensch mit seinen individuellen Schwierigkeiten, bzw. falls nötig auch seine wichtigste Bezugsperson oder aber auch die Familie als ganze behandelt. Besonders bei Kindern wird das Einbeziehen meistens der Mutter in vielen Fällen unumgänglich sein. Es sind sogar Fälle beschrieben, wo vor allem bei sehr jungen Patienten allein die Behandlung der Mutter schon zu einer deutlichen Besserung führte. In dieser ausgeprägten Individualität der Therapie liegt aber gleichzeitig die Schwierigkeit begründet, sie allgemein darzustellen. Man kann sicherlich allgemein feststellen, daß ein Schwerpunkt der Behandlung in der so häufig gestörten Mutter-Kind-Beziehung liegen wird, woraus sich allein schon die Notwendigkeit nach therapeutischer Einbeziehung der Mutter ableiten ließe. Ein weiterer Behandlungsschwerpunkt wird sicherlich in der vielfach erheblichen Aggressionsproblematik liegen müssen. An einem Fallbeispiel aus der psychosomatischen Beratungsstelle der Kinderpoliklinik soll das psychoanalytische Vorgehen dargestellt werden. Wichtig scheint uns in diesem Zusammenhang auch, daß analytische Therapie nicht Verzicht auf alle anderen

Therapiemöglichkeiten bedeuten darf. Dem akuten Anfallsgeschehen wird man weiterhin medikamentös begegnen müssen. Auch sollte nicht auf Atemübungen und Entspannung in Form von Autogenem Training, Krankengymnastik und Massagen verzichtet werden.

- B 7.7 Es kann hier nicht darum gehen, eine gültige Asthmatherapie herauszuarbeiten, sondern entscheidend scheint uns, die verschiedenen Möglichkeiten im Hinblick auf den individuellen Fall zu prüfen und dann den Behandlungsplan möglichst breit anzulegen. Wichtig scheint uns aber auf alle Fälle, von der heute noch weitgehend symptomatischen Therapie weg zu einer mehr an den Ursachen orientierten Therapie vorzudringen. Der vielfach eingefahrene Weg, jede Form der Psychotherapie als Ultima ratio nach dem Versagen aller anderen Methoden anzusehen, versagt nicht nur, aber vor allem auch in der Asthmatherapie. Ein frühzeitigeres Einsetzen psychotherapeutischer Maßnahmen würde den Patienten viel Leiden ersparen und vor allem auch die Erfolgchancen der Therapie erheblich erhöhen, denn wenn das Leiden bereits erheblich chronifiziert ist und starke körperliche Veränderungen verursacht hat, kann es für die Psychotherapie zu spät sein. Auch eine aufgrund symptomatischer

Therapie entstandene Medikamentensucht erschwert jedes psychotherapeutisches Vorgehen. Dagegen behindert die psychotherapeutische Behandlung ihrerseits nicht andere Maßnahmen zur Anfallsprophylaxe.

Bei infektanfälligen Asthmakindern sollte die Infektbekämpfung im Zusammenhang mit allgemein abhärtenden Maßnahmen der Physiotherapie im Vordergrund stehen. Vorsicht scheint dagegen bei Operationen zur sogenannten "Fokalsanierung" geboten, denn es hat sich gezeigt, daß etwa Tonsillektomien keinen Einfluß auf das Asthma haben. Allgemein entspannende Maßnahmen können dagegen die Therapie sinnvoll unterstützen, desgleichen sollte auf alle Fälle eine entspannende Atemtherapie versucht werden. Die Form der Psychotherapie kann ganz der jeweiligen Situation angepaßt werden und von der "kleinen Psychotherapie des Alltags" nach I.H. Schultz bis zur langen Analyse reichen. Biermann (49d) empfiehlt bei kleinen Kindern eine Simultantherapie von Mutter und Kind, wenn eine deutliche mütterliche Fehlhaltung vorliegt. Für größere Asthmakinder schlägt er eine Gruppentherapie als Methode der Wahl vor. In diesem Zusammenhang können dann auch Kurverschickungen sehr sinnvoll sein, sofern eine weitgehende Zusammenarbeit mit

(49d) Biermann, G. 1969

der Kurklinik gewährleistet ist. Biermann empfiehlt Autogenes Training zur "Gesamtharmonisierung der gestörten leib-seelischen Befindlichkeit des Asthmakindes".

Ruof (137) weist auf die besondere Wichtigkeit der richtigen pädagogischen Führung von Asthmakindern hin. Besonderes Gewicht kommt nach ihren Erfahrungen der Arbeit in den zahlreichen Kurheimen zu, hier werden ihrer Meinung nach durch das Übersehen psychischer und pädagogischer Momente im Augenblick noch große Chancen vergeben.

Als Herbert F. zum ersten Mal in die Ambulanz der Kinderpoliklinik kommt, ist er 6 Jahre alt und leidet bereits seit 2 1/2 Jahren an rezidivierenden spastischen Bronchitiden und gelegentlichen asthmatischen Anfällen. Seine körperlichen Befunde sind bis auf vereinzelt Giemen und Brummen über beide Lungen und einer auffällig trockenen, rauhen und leicht schuppenden Haut unauffällig. Die Bronchitis ist während der Sommermonate besonders ausgeprägt, er atmet dann ständig mit offenem Mund und deutlich hörbarem Atemgeräusch. Die Dauer der Asthmaanfälle ist sehr unterschiedlich, von 1 bis 2 Stunden bis zu 2 Tagen. Von seinem Vater ist bekannt, daß er an Heuschnupfen leidet, bei ihm selbst konnte keine Allergie festgestellt werden.

Beginn und Auslösung der

Anfälle: Seine ersten Asthmaanfälle hatte Herbert während eines Campingurlaubs in Italien mit 3 1/2 Jahren. Seine Mutter mußte damals wegen einer Fehlgeburt ins Krankenhaus, und seit dieser Nacht blieb er nicht mehr allein im Zelt und bekam in den folgenden Nächten die ersten Asthmaanfälle. Während das Asthma anfangs nur bei unangenehmen Situationen als eine Art Fluchtmöglichkeit auftrat, ließ sich allmählich eine Ausweitung auf alle irgendwie erregenden Ereignisse feststellen. Dem

Vater fiel auf, daß große Anstrengungen, etwa Wettläufe oder Trimm-Dich-Ausflüge, die Herbert gern mag, kein Asthma auslösten, während unangenehme, geringere Anstrengungen, wie Spaziergänge, asthmaauslösend wirkten.

Entwicklung: Herbert ist das einzige Kind. Die Mutter berichtet, er sei nicht geplant gewesen, aber sie hätten sich trotzdem auf ihn gefreut. Die Schwangerschaft sei problemlos verlaufen. Von der Geburt – einer Zangengeburt – habe sie nicht viel gemerkt. Herbert sei kein hübsches Kind gewesen, und er sei "schon etwas fremd" für sie gewesen. Sie stillte nur ein paar Tage, weil sie nicht genug Milch hatte. Mit einem halben Jahr bekam Herbert Milchschorf, der nach Behandlung aber bald wieder verschwand. Herbert sei ein sehr braves Baby gewesen, habe viel geschlafen und sei immer zufrieden gewesen. Er habe nicht gefremdelt, sondern ging immer zu allen Leuten. Als er allerdings 1 1/2 Jahre alt war und die Eltern ihn während ihres Urlaubs 3 Wochen zu den Großeltern brachten, habe er anschließend die Mutter nicht mehr aus dem Raum gehen lassen. Als er mit 3 1/2 Jahren in den Kindergarten sollte, verhielt er sich Fremden gegenüber erstmals abweisend, wollte nicht "Grüß Gott" sagen und die Hand geben. Stattdessen wollte er wieder "mit Mami heim" und weinte. Er blieb dann aber doch über zwei Jahre bis zu einem Umzug der Familie in dem sehr strengen Kindergarten. Später ging er

dann zum Teil sogar gerne, hatte aber andererseits auch noch große Angst. Zur Zeit des Kindergartenbeginns sei er auch etwas trotzig gewesen, doch "nie besonders schlimm", er habe zum Beispiel nie etwas kaputt gemacht. Die Sauberkeitserziehung begann mit einem halben Jahr, sobald er sitzen konnte. Wenn er auf dem Topf saß, bekam er "keine Spielsachen, er sollte sich auf das konzentrieren, was er zu tun hatte". Herbert war dann auch immer "rasch fertig". Trotzdem "brauchte er lange, bis er sauber war". Bemerkenswert scheint uns hier, daß die Mutter ihn auch später beim Essen, wenn er nicht mehr mag, solange sitzen läßt, bis er aufgegessen hat. Die Mutter erinnert sich, daß Herbert als kleines Kind ein starkes Bedürfnis nach Zärtlichkeit hatte, sich dann aber zurückzog. Beim Einschlafen brauchte er seine vier Teddybären, und auch beim Aufwachen mußte er sie zuerst suchen. Auch an seinem alten Schnuller habe er sehr gehangen und keine Ruhe gegeben, bis er ihn bekommen hätte. Als er aber 2 1/2 Jahre war, sagte ihm die Mutter, daß er zu alt dafür sei. Sie weiß nicht, was dann mit dem Schnuller geschah, Herbert bekam ihn jedenfalls nicht mehr. Da die Mutter halbtags arbeitete, war Herbert über Mittag immer bei seinen Großeltern mütterlicherseits. Die Mutter schildert ihre Eltern als sehr streng, sie gewährten keinerlei Selbständigkeit und würden versuchen, ihre Kinder fest an sich zu binden. Mit ihnen gäbe es auch manchmal Schwierigkeiten wegen Herberts Erziehung. Ihre Ehe charakterisiert Frau F.

als sehr gut, es gäbe keinen großen Krach. Ihr Mann erzählte dann aber, daß es doch öfter Streit wegen Herbert gäbe. Während er selbst zu einer toleranteren Erziehung aufgrund eigener schlechter Erfahrungen neige, sei seine Frau sehr konservativ und streng. Daraus ergäbe sich dann manchmal Streit.

Psychologische Untersu-

chung: Herbert machte auf den Therapeuten einen sehr ängstlichen und schüchternen Eindruck. Er klammerte sich an seine Mutter und begann zu weinen, als er mit dem Therapeuten allein bleiben sollte. Die Ergebnisse der durchgeführten Untersuchungen (138) bis (143) lassen sich folgendermaßen zusammenfassen: Herbert fehlt es an grundlegendem Vertrauen in seine Umwelt, vor allem in seine Eltern. Er erlebt sie als sehr leistungsfordernd und hat ihre Forderungen auch bereits weitgehend internalisiert, ohne ihnen allerdings gerecht werden zu können. Darin liegt wohl mit eine Ursache für die in den Tests sehr deutlich hervorgetretene Angst und Unsicherheit. Gegen seine Mutter, die er aggressiv-verschlingend erlebt, hat Herbert starke Aggressionen entwickelt, die er aber weitgehend abgewehrt hat (Spaltung). Seine

- | | |
|--|------|
| (138) Sceno-Test, Stabs, G. | 1951 |
| (139) Thematic Apperception Test, Murray, H.A. | 1943 |
| (140) Familie in Tieren, Brem-Gräser, L. | 1970 |
| (141) Wartegg Zeichen-Test, Welle, K. | 1955 |
| (142) Der Mann-Zeichen-Test, Ziler, H. | 1958 |
| (143) Children's Apperception Test, Bellak, L. | 1952 |

eigenen Wünsche nach Dominanz unterdrückt er. Darüber hinaus leidet er unter erheblichen Kontaktstörungen und ist in seiner psychischen Entwicklung deutlich zurückgeblieben.

Bei Herberts Asthmasymptomatik ist offensichtlich jeder psychophysische Erregungszustand in der Lage, einen Anfall zu provozieren. Dabei ist seine emotionale Belastbarkeit sehr gering, was wohl vor allem auf seiner extremen Verlustangst beruht, die wiederum auf das nur mangelhaft entwickelte Urvertrauen zurückzuführen ist. Die Ursache hierfür kann man in der von Anfang an problematischen Mutterbeziehung finden. Herberts Mutter war nach ihren eigenen Worten bereits von dem Neugeborenen enttäuscht. Aufgrund ihrer eigenen Problematik – starke Minderwertigkeitsgefühle und Unsicherheit und daraus resultierend Ängstlichkeit – konnte sie ihrem Kind nicht die nötige emotionale Zuwendung und das Gefühl von Geborgenheit und Sicherheit geben. Das Fehlen der Achtmonatsangst läßt vermuten, daß es Herbert daraufhin nicht gelang, eine normale Beziehung zu seiner Mutter herzustellen. Sein geistiger Entwicklungsrückstand könnte ebenfalls hier seine Wurzel haben. Aufgrund der schweren Kontaktstörung zur Mutter hatte er wohl nicht ausreichend Gelegenheit, seine Umwelt durch die Mutter zu erleben und sich mit ihr auseinanderzusetzen. Auch sein Bedürfnis nach Körperkontakt konnte die Mutter nicht ausreichend befriedigen, worauf wohl auch die Hautsymptomatik hindeutet.

Bei den vielen Teddybären im Bett und der engen Beziehung zu seinem Schnuller dürfte es sich um Versuche gehandelt haben, sich mit Hilfe dieser Übergangsobjekte – zum Teil noch zum eigenen Ich, zum Teil schon zur Außenwelt gehörend – Ersatz für die fehlende emotionale Nähe und den Mangel an Körperkontakt zu schaffen. Unter diesen Bedingungen konnte es Herbert nicht gelingen, Vertrauen in seine Umgebung zu gewinnen, sich in seiner Beziehung zur Mutter sicher zu fühlen. In ständiger Angst, von ihr verlassen zu werden, mußte er auch alle Wünsche nach Selbständigkeit, die eine gewisse Distanz voraussetzen würde, abwehren. Stattdessen entwickelte er ausgesprochene Anklammerungstendenzen. Er war tatsächlich noch so sehr in der Symbiose mit der Mutter gefangen, daß er aus eigener Kraft keinen Schritt in Richtung Autonomie wagen konnte. Alle Versuche, ihn zu mehr Selbständigkeit zu bewegen, etwa das Kindergartengehen, mußte er als gewaltsamen Ausstoß aus der Symbiose erfahren und panisch ablehnen, obwohl auch manchmal die Gegenteilstendenz nach mehr Autonomie schwach zum Ausdruck kam. In dem Konflikt Geborgenheitsstreben contra Autonomie gewinnt eindeutig das Geborgenheitsstreben die Oberhand, dabei bleibt dieser Konflikt aber durch sein ganzes weiteres Leben latent erhalten und seine Reaktionen in entsprechenden Situationen zeigen eine gewisse Ambivalenz. In dem Satz seines Vaters: "Er reagiert allergisch, wenn plötzlich etwas auf ihn zukommt" wird deutlich,

wie sehr Herbert verunsichert ist. Seine Lebensbasis ist so wenig verlässlich, daß er von allem Neuen fürchten muß, dadurch völlig aus seinem labilen Gleichgewicht geworfen zu werden. Da er seine Mutter selten gebend, aber ständig fordernd erlebte und ihren Forderungen kaum je genügen konnte, sich ihnen aufgrund seiner Verunsicherung aber auch kaum zu widersetzen wagte, entwickelte er massive Aggressionen gegen sie. Aus Angst, die Mutter endgültig zu verlieren, konnte er diese Aggressionen aber kaum offen ausleben. Das Ergebnis war eine allgemeine Aggressionshemmung und Verkrampfung und nach außen das Bild eines "braven Kindes". Bei der Unmöglichkeit, sich direkt gegen die Mutter aufzulehnen, benutzte er wohl unbewußt das Symptom Asthma, um sich indirekt gegen ihre Forderungen zu wehren und damit auch gleichzeitig eine gewisse Zuwendung zu erkämpfen, wobei ihm die starke Unsicherheit und Ängstlichkeit seiner Mutter noch entgegen kam. Bezeichnenderweise führte die spätere Psychotherapie dann auch erst zu einem erheblichen Ausleben der Aggressionen sowohl der Therapeutin als auch der Mutter gegenüber, bevor sich eine Besserung der Asthmasymptomatik abzuzeichnen begann. Herbert wurde zur psychoanalytisch orientierten Spieltherapie zu einer niedergelassenen Therapeutin überwiesen. Darüber hinaus gelang es, auch die Eltern zu einer Gruppentherapie bei derselben Analytikerin zu motivieren. In Herberts Behandlung ergaben sich zwei Schwerpunkte: die

ausgeprägte Kontaktstörung und das Asthma. Ziel der Behandlung der Kontaktstörung war es, die durch Verkehrung ins Gegenteil abgewehrten Geborgenheitswünsche wieder offener zum Ausdruck kommen zu lassen und so ihre Befriedigung möglich zu machen. Anfangs bestand Herberts einziger Weg, zur Therapeutin Kontakt aufzunehmen, in aggressiven, zum Teil sadistischen Handlungen gegen sie. Er versuchte, sie zu treten, zu schlagen oder Gegenstände des Therapieraumes zu zerstören. Hatte er Erfolg damit, lachte er laut. Seine Wünsche nach Zuwendung und Nähe wurden hinter diesem Verhalten weitgehend unkenntlich. Im Laufe der Behandlung ging die Therapeutin dazu über, Herberts Aggressionsausbrüche dahingehend aufzufangen, daß sie ihn festhielt, so- daß er sie nicht treffen konnte und dabei versuchte, mit ihm über seine Wut zu sprechen. So konnte er die Entstehung seiner Aggressionen und zum Teil die Konfliktsituationen mit seiner Mutter noch einmal erleben; nur konnte die Therapeutin im Gegensatz zu der unsicheren und eher abweisenden Mutter bei ihm bleiben, ihm beistehen und das Gefühl geben, nicht allein zu sein. Auf diese Weise konnte er lernen, zusammen mit der Therapeutin und dann allmählich auch allein geringere und später auch schwerere Frustrationen zu verarbeiten, ohne in panische Wut oder seine Asthmasymptomatik auszuweichen. Seine anfangs ausgeprägte Kränkbarkeit - er konnte weder verlieren noch ertrug er die geringste Kritik - wurde in dem Maße geringer, wie er

sich selbst nicht mehr als völlig hilflos und ausgeliefert erleben mußte. Im Laufe der langen und teilweise schwierigen Therapie überwand Herbert seine Kontaktstörungen soweit, daß er mit anderen Kindern spielen konnte, ohne sie zu quälen und sich selbst dabei an die Spielregeln hielt. Seine Asthmaanfälle wurden im Laufe der Therapie allmählich seltener. Als die Therapie mit ca. 130 Stunden für Herbert und ca. 20 für seine Mutter beendet wurde, war er nach Berichten der Therapeutin seit Monaten anfallsfrei und bis auf seltenes erschwertes Atmen überhaupt beschwerdefrei. Er brauchte keine Medikamente mehr.

Eine wichtige Rolle bei der Besserung von Herberts Symptomatik spielte auch die Therapie seiner Eltern und die damit einhergehende Verhaltensänderung vor allem der Mutter. Bei beiden Eltern, aber besonders bei der Mutter, ergab sich eine weitgehend unbewältigte Aggressionsproblematik. Bereits bei der Anamneseerhebung war deutlich geworden, wie unselbständig und unterdrückt die Mutter bei ihren Eltern, bei denen nun Herbert auch wieder täglich ist, aufgewachsen war. In der Gruppensituation zeigte sie sich zu emotionalen Äußerungen völlig unfähig. Ihrer Phantasie nach hätte das zu sofortigen schweren Angriffen gegen sie führen müssen. Es wurde deutlich, daß sie aufgrund dieser Ängste auch zu Hause nicht in der Lage war, Herbert emotional

spontane Zuwendung entgegenzubringen. Ihre eigene erhebliche Kontaktunsicherheit hatte sie auf Herbert übertragen, und so war er gezwungen, sich von Anfang an eine Pseudoautonomie aufzubauen. Herberts Asthmaanfälle wurden auch in dem Maße geringer, wie sich seine Mutter ihnen gegenüber nicht mehr erschreckt-hilflos verhielt, sondern im Gegenteil lernte, ihre eigene ständige Erwartung der Anfälle zu kontrollieren. Darüber hinaus wurde ihr während der Therapie klar, daß Herbert, wie auch sie selbst, ein ganz natürliches Bedürfnis nach gleichmäßiger, sicherheitgewährender emotionaler Nähe hatte.

Bei einem katamnестischen Gespräch mit den Eltern 2 Jahre nach Ende der Psychotherapie ergab sich folgendes Bild: Als er die Therapie begann, sei es Herbert sehr schlecht vor allem wegen seiner dauernden nächtlichen Anfälle gegangen. Im Verlauf der Behandlung ergab sich hier eine erhebliche Besserung und schließlich wurde er nachts völlig beschwerdefrei, was im wesentlichen bis heute der Fall sei. Weiter stellten die Eltern fest, daß die Intervalle zwischen den Anfällen allmählich größer wurden. Eine völlige Freiheit von Anfällen sei jedoch nie erreicht worden,

vielmehr haben die Eltern den Eindruck, daß die Anfälle zwar auch heute noch seltener sind, dafür aber besonders heftig, so daß er wieder medikamentös behandelt werden müsse. Aufgefallen ist ihnen, daß Herbert hauptsächlich Anfälle bekomme, wenn er sich langweile, bzw. nicht abgelenkt sei, z.B. sei die Schule die beste Therapie für ihn. Ein anderer wichtiger Auslösegrund seien Aufregungen, auf die Herbert auch heute noch manchmal mit Asthmaanfällen reagiere.

B 8.2 Fallgeschichte Petra T.

Petra T. ist heute sechs Jahre alt. In der Kinderpoliklinik ist sie wegen ihres schweren Asthmas in Behandlung. Bei der letzten stationären Behandlung mußten ihre Lungen in Narkose von erheblichen Schleimmassen befreit werden. Die Krankheit begann im Alter von 9 Monaten, als Petra eine Bronchitis bekam und seit dieser Zeit immer eine etwas spastische Atmung behielt. Mit eineinhalb Jahren hatte sie ihre ersten Asthmaanfälle. In der folgenden Zeit erkrankte sie dann häufig an unspezifischen Infekten der oberen Luftwege, auf die dann in einem Zeitraum von ein bis sechs Tagen regelmäßig die schwere Asthmasymptomatik folgte. Allerdings reichten oft auch schon geringere körperliche Belastungen aus, um eine spastische Atmung hervorzubringen. Die Mutter beschreibt die Anfälle als Zustände extremster Luftnot – die Atmung sei von einem sägenden Geräusch begleitet, das bis ins Nachbarzimmer zu hören sei. Über der ganzen Lunge hört man abwechselnd trockene Geräusche und feuchte RGs. Petra ist während des Anfalls sehr unruhig und mache "alle rebellisch". Die schwersten Anfälle dauerten bis zu 48 Stunden. Danach habe Petra dann oft vor Erschöpfung 24 Stunden durchgeschlafen. Bemerkenswert ist noch, daß Petra während der Anfälle stark regrediert, sie möchte dann wieder auf den Schoß genommen und getröstet

werden, sich bemuttern lassen und im Zimmer der Eltern schlafen. Wenn sie gesund ist, kommt dergleichen nicht vor, sie wirkt dann eher zu erwachsen und vernünftig. In der Familienanamnese ergab sich, daß ein Bruder der Mutter ebenfalls an Asthma erkrankt war, das aber mit der Pubertät verschwand. Petras jüngere Schwester leidet an Neurodermitis.

Petras Entwicklung ist geprägt durch die Situation ihrer Mutter zur Zeit der Geburt. Frau T. wollte kein Kind, sie hatte gerade begonnen, in ihrem Beruf zu arbeiten, der sie sehr ausfüllte, und war wohl nur bedingt bereit, ihren beruflichen Ehrgeiz dem Kind zu opfern. Dieses Hinundhergerissensein zwischen der Mutterrolle und ihrem Beruf zieht sich von da an durch ihr weiteres Leben. Nach Petras Geburt entscheidet sie sich weiterzuarbeiten, und als sie dann drei Jahre später wegen des zweiten Kindes aufhört zu arbeiten, empfindet sie diese Entscheidung als "sehr zweischneidig". Die Schwangerschaft verlief komplikationslos und die Geburt sei leicht gewesen, mußte jedoch wegen primärer Wehenschwäche durch Vakuumextraktion beendet werden. Während der Zeit des gesetzlichen Mutterschutzes hat sie versucht zu stillen, doch habe sie zu wenig Milch gehabt. Acht Wochen nach der Geburt kam Petra dann zu Frau T.,s 60 km entfernt wohnenden Eltern, wo sie die ersten drei Jahre aufwuchs.

In dieser Situation sei Petra dann ziemlich verwöhnt worden, da die Eltern alles versucht hätten, ihr etwaige aus der Trennungsproblematik entstehende Schwierigkeiten zu ersparen. Offenbar versuchten die Eltern zu dieser Zeit, ihr schlechtes Gewissen in bezug auf Petras Weggabe durch Überbesorgnis an den Wochenenden und bei Besuchen zu kompensieren. Petras Entwicklung und Erziehung schildert die Mutter als völlig problemlos, was an den "idealen" Bedingungen bei den Großeltern gelegen habe. Sie sei nie streng behandelt worden, sei immer sehr brav gewesen, bereits mit einem Jahr konnte sie laufen und mit zwei Jahren war sie sauber und konnte sprechen. Sie hat früh begonnen, Daumen zu lutschen und macht es nachts heute noch. Gefremdelt habe sie sehr stark mit 8 Monaten, und zwar habe sie schon gebrüllt, wenn sich ein Fremder dem Kinderwagen nur näherte. Trotzreaktionen habe sie keine gezeigt, vielmehr sei sie "wunderbar ruhig und vernünftig" gewesen. Erst in jüngster Zeit habe sie manchmal einen Wutanfall gehabt. Auf die Geburt ihres Schwesterchens hat die Mutter sie unter anderem unter Zuhilfenahme von Gynäkologiebüchern vorbereitet. Petra reagierte niemals physisch aggressiv auf ihr Schwesterchen, wohl aber verbal, wenn sie etwa sagte: "Ich wollte, Du wärest nie geboren". Ein sehr einschneidendes Erlebnis war für Petra das Sterben der Oma, das sie aus nächster Nähe miterlebte. Frau T. erklärte ihr alles ganz medizinisch und sehr

offen. Es scheint sehr fraglich, ob Petra, wie ihre Mutter meint, bereits gut in der Lage war, das dreimonatige Leiden und Sterben ihrer Oma zu verarbeiten. Seit dieser Zeit jedenfalls beschäftigt sie sich viel mit dem Sterben. Während eines besonders schweren Anfalls sagte sie einmal zu den Eltern, wohl in Erinnerung der Feuerbestattung ihrer Großeltern: "Ich glaube, Ihr könnt mich auch bald verbrennen." Wichtig für Petras Entwicklung scheint uns noch die Tatsache, daß sie bis zur Schulzeit praktisch kaum Kontakt zu anderen Kindern hatte. Der Hauptgrund hierfür liegt in der enormen Angst ihrer Mutter, sie könne sich eine Erkältung und damit Asthma holen. Erst in jüngster Zeit fand Petra trotz der strikten Abschirmung eine Freundin.

Die Familiensituation scheint uns geprägt durch Frau T.s Identitätsprobleme. Hin und her gerissen zwischen ihrer Mutterrolle und dem Beruf kann sie beidem nicht gerecht werden. Sie weiß, daß sie eine erfolgreiche Naturwissenschaftlerin hätte werden können, daß es aber wegen der häuslichen Anforderungen nicht klappen konnte. Heute versucht sie bei jeder Gelegenheit, aushilfsweise in ihrem Beruf zu arbeiten. Andererseits spürt sie wohl auch, daß sie der sowieso erst spät akzeptierten Mutterrolle nicht gerecht wurde. Sie zweifelt in dieser Hinsicht stark an sich

und ihrer Eignung als Mutter, so empfindet sie etwa die Wehenschwäche bei Petras Geburt als Niederlage. Als sie von ihren Stillversuchen und der fehlenden Milch erzählt, hat man den Eindruck, es handle sich um ein Versagen, sie sagt auch direkt: "Es war meine Schuld". Als sie dann Petra zu ihrer Mutter gibt, ist sie sich der daraus entstehenden Problematik durchaus bewußt, und ihre Entscheidung hinterläßt dann auch massive Schuldgefühle. Während des Interviews versucht sie häufig, Entschuldigungen und Erklärungen für die damalige Entscheidung zu suchen, doch kann sie sich letztlich wohl selbst nicht überzeugen. Schließlich mußte sie sich von ihrer Tochter dann auch noch manchmal sagen lassen: "Bei der Oma ist es viel schöner" oder: "Ich fahre wieder zur Oma". Überhaupt scheinen in der Beziehung von Petras Mutter zu ihrer eigenen Mutter – trotz, oder gerade wegen der vollkommen idealisierten Darstellung, die sie von ihr gibt – auch massive Probleme zu liegen. Einmal zeigt sich hier die gleiche Unfähigkeit wie bei Petra, auch nur die leiseste Kritik an der Mutter zu äußern. Frau T. identifiziert sich auch noch nach dem Tode ihrer Mutter voll mit dieser. Sie weist öfter und jeweils sehr stolz auf die große Ähnlichkeit zwischen sich selbst und der Mutter hin. Im Interview entstand der Eindruck, sie lobe sich selbst in der Person ihrer Mutter. Andererseits muß sie ihre Mutter aber doch unbewußt sehr zwiespältig erlebt haben. So sagte

sie einmal, Petra meinent, zu ihr: "Sie ist Dein 4. Kind". Hinter diesem Satz verbergen sich neben Hinweisen auf die weitgehende Identifikation sicherlich auch unbewußt aggressive Elemente, vor allem, wenn man bedenkt, wie verzweifelt sie sich zu beweisen versucht, daß sie selbst eine gute Mutter für Petra ist. Frau T.s ganze Unsicherheit und Ängstlichkeit Petra gegenüber wird schließlich auch noch bei deren Asthmaanfällen deutlich. Sie sagt selbst: "Für mich ist es furchtbar. Ich nehme dann meinen ganzen Mut zusammen, verdränge meine Angst und versuche, Petra gegenüber sicher aufzutreten". Eine weitere Belastung der Familiensituation ergibt sich aus dem Verhältnis der beiden Eltern zueinander. Frau T. erzählt, ihr Mann sei "graduierter Ingenieur", er komme vom "zweiten Bildungsweg" und habe sich dort redlich plagen müssen, den Akademikern stehe er sehr "zynisch" gegenüber, und darüber hinaus sehe er seine Frau am liebsten zu Hause. Aus dieser Situation heraus gäbe es schon manchmal Streit, außerdem gerieten sich Vater und Tochter manchmal so in die Haare, daß sie rauchten. Sie denke dann oft: "Ich habe drei Kinder und keinen Mann".

Im Mittelpunkt Petras psychischer Problematik steht eine frühe Störung in der oralen Phase, die sicherlich in ursächlichem Zusammenhang zu der sehr frühen Trennung von der Mutter und der hoch ambivalenten Beziehung zu ihr steht. Ihre hauptsächliche

Bezugsperson war die Großmutter, die aber die Mutter, die sehr oft zu Besuch kam, nicht voll ersetzen konnte. Aus den Schilderungen der Mutter entsteht der Eindruck, daß ihre vielen Besuche bei Petra eher zu einer weiteren Verunsicherung geführt hätten, zumal sie wohl teilweise auch unternommen wurden, um eigene Schuldgefühle niederzuhalten. Auf Petras frühe Störung weisen in der psychologischen Untersuchung ihre vielen, zum Teil fast übermächtigen oral-aggressiven Phantasien hin. Immer wieder variiert sie das Thema "Fressen" und "Gefressen werden". Im Sceno-Test (138) fressen sich die Tiere meist gegenseitig oder sie beißen zumindest. Auch im Test "Familie in Tieren" (140) kreisen ihre Gedanken um diese Inhalte. Interessant scheint hier noch, daß sie ihre Mutter als ein alle anderen verschlingendes "Phantasietier" darstellt. Sie selbst ist dabei besonders schlecht dran, weil sie als Hase im Winter "nichts zu fressen" bekommt und "verhungern" muß. In diesen Zusammenhang gehören auch ihre Phantasien des Krankwerdens durch "Verschlucken". Aus dem frühen Mangel einer eindeutigen Bezugsperson erklärt sich auch Petras totale Verunsicherung, was ihren eigenen Willen und ihre Gefühle anbelangt. Alle sie emotional berührenden Themen empfindet sie offensichtlich als Bedrohung und reagiert darauf mit

- (138) Sceno-Test, Stabs, G. 1951
(140) "Familie in Tieren", Brem-Gräser, L. 1970

primär-prozeßhaftem Denken, was auch in ihren starken aggressiven Triebdurchbrüchen zum Ausdruck kommt. Dieses Verhalten steht in krassem Gegensatz zu ihrer ansonsten altersmäßig überdurchschnittlichen Differenzierungs- und Denkfähigkeit. Für sie besonders gefährliche Themen sind solche, die von emotionaler Nähe und Kontakt handeln, was auf ihre problematische Mutterbeziehung zurückzuführen ist. Offensichtlich ist die hoch ambivalente Symbiose mit der Mutter noch nicht gelöst. Sie verharnt weiterhin in primärer Identifikation mit dem Mutterobjekt als Selbstobjekt und ist deshalb zu keinerlei Abgrenzung fähig. Eine Trennung muß sie als totale Katastrophe erleben. Eine auch nur vorübergehende Trennung aus eigener Initiative wird deshalb unmöglich, da sie sie als Zerstörung eines Teils ihrer selbst empfinden würde. Diese extreme Bindung mag durch die Gefängnissituation, die die Mutter aus Angst vor möglichen Infektionen um Petra aufbaute, sekundär noch verstärkt worden sein. Aus dieser Situation der andauernden primären Identifikation mit der Mutter scheint es uns durchaus möglich, daß sie sogar deren Aggressionen mit abreagiert, etwa in den Raufereien mit dem Vater oder in ihrem Asthma; besonders wenn man bedenkt, daß sie sich sonst praktisch kaum Aggressionen leisten kann, vor allem nicht solche, die sie in einen Gegensatz zur Mutter bringen könnten. Bedenkt man den weiter oben ausgeführten Aspekt der primären Identifikation mit der Mutter als Selbstobjekt, so wird deutlich, daß alles, was sich gegen

die Mutter richten würde, sich zugleich gegen sie selbst wenden würde (narzistische Projektion nach Richter (144)). Das Asthma ist darüber hinaus ihre einzige Möglichkeit, sich Gefühle zu leisten. In der ausgeprägten Regression auf das Verhalten eines wirklich kleinen hilflosen Mädchens liegt, wie sich später noch zeigen wird, praktisch ihre einzige Verbindung zu ihrem bedrohten Selbst. Aus dieser umfassenden Bedrohung heraus und in Ermangelung eines stabilen Selbst erklärt sich auch ihr ausgesprochen starkes Bedürfnis nach Ordnung und Vernünftigkeit in äußerlichen Dingen, was sich in ihrer unkindlichen Art zu spielen eindrucksvoll niederschlägt.

Ihre innere Verunsicherung und Bedrohtheit sind so dominierend, daß sie ihr gefährdetes Selbst nur durch rigide äußere Ordnungsstrukturen im Gleichgewicht halten kann. Dieses Bedürfnis kommt auch in der psychologischen Untersuchung durch, etwa wenn Petra eine chaotische und zerfließende Geschichte (TAT 5) (139) durch Einführung eines Käfigs wieder in den Griff zu bekommen versucht, oder wenn sie etwa beim Sceno-Test einen großen Teil der Zeit auf die Eingrenzung des Spielfeldes verwendet. Hier wird auch klar,

(144) Richter, H.E. 1967

(139) Thematic Apperception Test 1943

daß der Käfig, den ihre Mutter zur Infektabwehr um sie errichtet hat, sekundär Petras Bedürfnissen nach einer sehr rigiden äußeren Ordnung entgegenkommen muß. Während der Untersuchung gewannen wir den Eindruck, sie habe ein völlig falsches Selbst, lebe völlig in ihrer äußeren Pseudowelt. So ist sie praktisch nicht in der Lage, etwas eigenes in das Gespräch einzubringen und weicht immer wieder in vorgefertigte Schemata aus, etwa erzählt sie an Stelle einer eigenen Geschichte lieber ein Märchen, oder sie versucht, eine Geschichte aus der Schule oder Witze anzubringen. Dabei fällt dann durchgehend eine Abspaltung ihrer Affekte von den Inhalten auf. So erzählt sie ihre größtenteils ausgesprochen aggressiven Geschichten fröhlich lachend und ohne jede innere Anteilnahme. Wenn man die Inhalte ihrer Phantasien betrachtet, wird leicht einsehbar, daß die entsprechenden Gefühle für ihr bedrohtes Selbst viel zu gefährlich wären. Aus ihrem Verhalten gegenüber ihrem Schwesterchen läßt sich schließen, daß dieser Abwehrmechanismus der Spaltung bereits frühzeitig funktionierte. Auch damals konnte sie ihre Aggressionen lediglich verbal äußern, entsprechende aggressive Gefühle auszudrücken, konnte sie sich wohl schon zu dieser Zeit nicht trauen. Zusammenfassend läßt sich Petras Situation als massivste subjektive Bedrohung, die sich oft in fast paranoiden Angstphantasien äußert (Drachen, Polizei im TAT), beschreiben. In diesem Zusammenhang

wären auch noch ihre bedrohlichen Todesphantasien zu erwähnen. Die völlige Spaltung zwischen chaotischer Innenwelt und starr geordneter Außenwelt weist in Richtung einer schizoiden Persönlichkeit.

In Anbetracht der Frühzeitigkeit und Schwere von Petras Störung und der ziemlich ausgeprägten Abwehr der Mutter gegenüber jedem psychologischen Vorgehen erscheint die Indikationsstellung recht schwierig. Da die Mutter aber bereits alle gängigen somatischen Therapieansätze ausprobiert hat und Petra von dieser Seite her völlig durchuntersucht wurde (es ließ sich bei ihr keine Allergie nachweisen), scheint uns, besonders auch im Hinblick auf die deutlichen psychogenetischen Komponenten in der Anamnese, die Durchführung einer Psychotherapie dringend geraten. Da zur Durchführung einer aufdeckenden analytischen Therapie, die in diesem Fall auch sehr zeitintensiv sein müßte, wohl die Voraussetzungen fehlen, erschien es uns angebracht, der Mutter eine ausgedehntere psychologische Beratung für sich und eine allgemein entspannende Therapie (etwa Autogenes Training) für Petra zu empfehlen. In weiteren Kontakten zu Frau T. konnte ihre ursprüngliche Ablehnung gegenüber psychotherapeutischem Vorgehen allmählich verringert werden, so daß gute Aussichten bestehen, sie für eine entspannende Psychotherapie gewinnen zu können.

"Familie in Tieren"



- | | |
|------------------|--------------------------------|
| 1) Igel | (= Vater) |
| 2) Häschen | (= Petra) |
| 3) Mädchen | (= Mutter) |
| 4) Eichhörnchen | (= jüngere Schwester "Karin") |
| 5) Phantasietier | (= Mutter) |

Zauberer verzaubert die Familie:

Petra malt zuerst den Zauberer, dann den Igel (Vater), dann den Hasen (Petra selbst), dann das "Mädchen, das gerade davonlaufen will, damit es nicht verzaubert wird". Schließlich malt sie noch das Eichkätzchen (ihre jüngere Schwester Karin). Dann sagt sie, sie sei fertig, das Mädchen ist jetzt plötzlich die Mutter und der Zauberer habe sie noch nicht verzaubert, Petra hat offensichtlich keine Lust, ihre Mutter zu verzaubern, nach längerem Zögern malt sie dann schließlich das "Phantasietier" (im Einzelzimmer des ersten Stocks ihres Hauses) als Mutter, nachdem sie erst noch einen zweiten Zauberer, den Freund des ersten, gemalt hat.

Der Igel hat's am besten, weil er Stacheln hat, "da kann er nicht gefressen werden". Die anderen können alle vom Drachen gefressen werden und haben Angst. Vom Igel können sie auch noch gestochen werden.

Am schlechtesten hat's der Hase, weil er im Winter nicht gefüttert wird, da sieht man ihn ja nicht, nur seine Spuren. Das Eichhörnchen hat's besser als der Hase, weil es sich im Herbst Nüsse einbuddeln kann.

Was macht denn das Phantasietier? "Das frißt jeden auf, bis auf den Igel". Warum denn? "Weil's Hunger hat, es ist ein Tier vom Riesen Pumpernes" (von dem hat sie eine Kassette gehört). Das Phantasietier ist in das Zimmer nach draußen gegangen, weil es Angst hat, vom Zauberer noch weiter verzaubert zu werden.

Petra will auf keinen Fall das Ergebnis eines weiteren Verzauberns des Phantasietieres machen.

TAT:

Tafel 1:

Der sitzt da und die Geige ist hin, die Geige geht überhaupt nicht. Und dann sagt er, kruzifix, geh doch, Du doofe Geige, und dann will er wieder spielen, und dann geht er wieder nicht, und dann macht er sie kaputt und schmeißt sie in die Ecke. Und am nächsten Morgen da denkt er, jetzt geht die Geige aber, da kommt er ins Wohnzimmer und da sieht er, daß die Geige kaputt ist. Da macht er alles kaputt und wirft den ganzen Schrank um, macht alles kaputt und wirft alles um. Dann geht er raus und geht ins Auto, nimmt'n Käfig mit und fährt'n Auto nach. Weil er gesehen hat, daß da ein Indianermädchen ist. Und er will ja am liebsten einen goldenen Käfig. Dann geht er wieder nach Haus und will wieder nach der Geige sehn, und da sieht er, daß die Geige wieder ganz ist. Setzt er sich gleich hin und spielt und singt.

Tafel 5:

Also da will die Mutter das Kind wecken und sieht, daß es immer noch schläft, und da rüttelt sie es wach und sagt, wach auf, und das Kind wacht immer noch nicht auf, und da nimmt sie einen Holzprügel und schlägt das Kind. Und das Kind wacht immer noch nicht auf, und da haut sie wieder drauf, und da haut sie sich selber auf'm Kopf und fällt hin. Und dann geht, und dann kommt der Briefträger ins Haus und sagt: "Hier ist was für Sie", und dann sieht er, daß die Frau in Ohnmacht gefallen ist und ihr Kind auch, und dann ruft er die Polizei. Und dann kommt die Polizei dazu und die sieht auch, daß das Kind verletzt ist, und die holt dann gleich den Notarzt, und der sieht auch, daß das Kind verletzt ist und sagt, da kann ich nix machen. Und da steht die Mutter wieder auf und dann geht sie, und da war sie zornig und überfällt jeden Mann. (Lacht.) Und dann geht sie wieder in die Wohnung und sieht, daß das Kind gestorben ist.

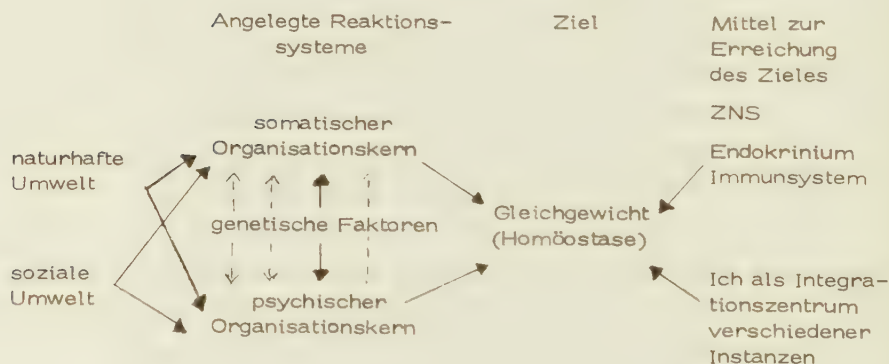
B 9 Zusammenfassung der verschiedenen Ätiologietheorien und Einschätzung ihres Erklärungswertes für das asthmatische Geschehen:

Bei Betrachtung der bisherigen Ergebnisse können wir an der multifaktoriellen Genese des Asthma keinen Zweifel haben. Auch die Tatsache, daß völlig verschiedene, an ganz unterschiedlichen Strukturen angreifende Medikamente und Therapieformen gleichermaßen Erfolg haben können, weist in diese Richtung. In Übereinstimmung mit Freuds Theorie der Ergänzungsreihe lassen sich alle Übergangsstadien vom somatischen zum psychischen Verursachungsprinzip auffinden, die Extreme an den Enden eingeschlossen. So gibt es eindeutig Fälle von allergischem Asthma, das durch ein spezifisches Antigen und nur durch dieses hervorgerufen wird, und ebenso sicher gibt es Fälle, in denen psychische Verursachung vorliegt. Dabei läßt sich das organische Entgegenkommen teilweise nur indirekt im Sinne der Ergänzungsreihe bestimmen, indem man von der Wertigkeit der psychischen Schädigung auf diejenige der organischen Disposition schließt. In vielen Fällen läßt sich die organische Disposition jedoch durch Allergietestung und Genetik sichern. Ein anderer Hinweis auf das organische Entgegenkommen scheint uns die bei Asthmatikern gefundene überdurchschnittliche Infektanfälligkeit der Luftwege zu sein. Wir würden dieser Tatsache keinen ätiologischen Erklärungswert beimessen in dem Sinne, daß häufige Infekte Asthma verursachen, sondern vielmehr annehmen, daß es

sich hier primär um eine Organdisposition handelt, die verschiedene Atemwegserkrankungen begünstigt, wobei allerdings die Möglichkeit offen bleibt, daß die Infektion die Allergisierung begünstigen oder an sich die Schwächung des Organismus darstellen kann, die das Asthma bei Vorliegen entsprechender anderer Faktoren zum Ausbruch bringt – vergleichbar etwa der Asthmaauslösung durch Impfungen. Möglich ist auch ein Übergang von einer anfänglichen Bronchitis über deren Chronifizierung zu einer asthmatischen Atemstörung. Hierbei können psychologische Momente unterstützend wirken, wenn etwa das Kind bei ansonsten eher ablehnenden Eltern durch die Krankheit deren Aufmerksamkeit und Zuwendung auf sich ziehen kann. Hier ist dann von Bedeutung, daß asthmatische Atmung, wie Jores zeigen konnte, erlernbar ist und dann die Tendenz hat, sich zu verselbständigen (sekundäre Neurotisierung). Es ist also denkbar, daß ein Kind, wenn es erfährt, wie es durch seine Bronchitis die vorher versagt gebliebene Zuwendung seiner Eltern gewinnen kann, den pathologischen Atmungstyp beibehält. Wir haben es dann mit einer Konditionierung zu tun, deren tiefere Ursache vor allem im ablehnenden Verhalten der Bezugspersonen läge, während der initialen Bronchitis lediglich Auslösecharakter zukäme (sekundärer Krankheitsgewinn). Die Ergänzungsreihe hat auch für das eindeutig allergische Asthma Aussagekraft, da auch hier psychische Faktoren eine mehr oder weniger bestimmende

Rolle spielen können. Die unter dem Begriff der Atopie zusammengefaßten Erkrankungs-
bilder Heuschnupfen, Neurodermitis und
Asthma sind möglicherweise durch verschie-
dene Organdisposition bei gleicher psychi-
scher Störung oder gleicher allergischer
Reaktionslage oder einer Mischung beider
Komponenten charakterisiert.

Folgendes in Anlehnung an Mitscherlich (42)
entstandene Schema soll die verschiedenen
Ansätze in einem Modell integrieren:



Zwei verschiedene, in Wechselwirkung stehende Organisationskerne, ein somatischer und ein psychischer mit jeweils eigenen Funktionsprinzipien und Entwicklungsrhythmen, haben als gemeinsames Ziel die Aufrechterhaltung der Homöostase. Auf beiden Ebenen existieren dazu verschiedene Möglichkeiten. So sind ZNS und Endokrines System Wächter

(42) Mitscherlich, A. 1962

über die Homöostase im Dienste des körperlichen und das Ich, als Integrationszentrum psychischer Instanzen, im Dienste des psychischen Organisationssystems. Beide Systeme werden mitbestimmt durch genetische Faktoren und sind der naturhaften und sozialen Umwelt ausgesetzt. Der somatische Organisationskern ist durch genetische Faktoren auf eine gewisse Reaktionsbreite festgelegt bzw. eingeschränkt. Zu bedenken ist hier, daß nur ein Rahmen für die Entwicklungsmöglichkeiten abgesteckt wird, innerhalb dessen Umwelteinflüsse durchaus entscheidenden Einfluß nehmen können. Besonders deutlich wird dies an Beispielen, wie qualitativ (etwa Vitaminmangel) oder quantitativ unzureichender Ernährung. Im Fall des Asthma können wir annehmen, daß der somatische Organisationskern in Richtung einer Organdisposition genetisch bestimmt sein kann und daß die Allergiebereitschaft möglicherweise erblich ist. In beiden Fällen wäre aber auch ein Erwerben der asthmafördernden Grundlagen im Laufe des Lebens denkbar. Im Falle der Allergie spricht sogar einiges für die letzte Möglichkeit, da sich das Immunsystem erst postnatal in der Auseinandersetzung mit der Umwelt strukturiert. Die genetische Mitbestimmung des psychischen Organisationskernes ist auf den ersten Blick weniger einleuchtend, und offensichtlich ist hier die Möglichkeit der Einflußnahme durch die Umwelt auch viel breiter.

Spitz' Untersuchungen, die einen doch ziemlich fest vorprogrammierten Entwicklungsplan der kindlichen Psyche belegen, lassen jedoch auch hier einen gewissen genetischen Einfluß vermuten. Beide Organisationssysteme, somatisches und psychisches, (analog zu Spitz wäre dem ersten die "Reifung", dem zweiten die "Entwicklung" zuzuordnen) können vor allem während der ersten Lebensjahre durch asynchrone Entwicklung zu einer grundlegenden Störung des Gleichgewichts führen. Zwar kommt es dann zu Kompensationserscheinungen, doch sind diese meist nicht in der Lage, den ursprünglich angestrebten Zustand gleichwertig zu ersetzen. Zu einer asynchronen Entwicklung kann es zum Beispiel durch Zurückbleiben der psychischen Entwicklungsprozesse kommen, wie Spitz für die Ekzemkinder demonstriert. Andererseits kann natürlich auch eine Behinderung der physischen Reifung, etwa fehlende oder mangelhafte Organleistung, verantwortlich sein.

Die Art der Störung einer der beiden Entwicklungslinien hat offensichtlich Einfluß auf die Art der Störung der Homöostase. Während dieser Zusammenhang bei der physischen Reifungsstörung offensichtlich ist, liegt das Problem bei der psychischen Fehlentwicklung komplizierter. Doch machen es auch hier die Ergebnisse von Alexander und Spitz sehr wahrscheinlich, daß bestimmte ungelöste Konflikte eine Beziehung zu bestimmten Organsystemen haben. Auch für diesen Fall scheint uns

das Modell der Ergänzungsreihe angebracht:
An dem einen Ende steht hier der spezifische Konflikt mit seiner Tendenz zu einem bestimmten Organsystem, am anderen Ende die physische Disposition dieses Organsystems. An dem Schema lassen sich aber auch spätere Störungen veranschaulichen: Wenn etwa das Ich im Dienste des psychischen Organisationskerns nicht mehr in der Lage ist, mit einer Konfliktsituation fertig zu werden, kann es zur Regression und Resomatisierung im Sinne Schurs kommen. Das psychische System zieht sich sozusagen zurück auf eine unreifere Stufe, auf der es aber noch mit den Problemen fertig wurde, und die physische Reaktion entspricht dann u.U. auch dieser unreiferen psychischen Stufe. Auch Alexanders Vorstellung der sympathischen und parasymphathischen Erkrankungsgruppen läßt sich an dem Modell der Ergänzungsreihe veranschaulichen: Ein Mensch kommt aufgrund eines bestimmten ungelösten Konflikts laufend in eine Situation, die eine bestimmte Reaktion des Ich mit entsprechender paralleler physiologischer Reaktion erfordert. Nun wird die fällige Aktion des Ich dauernd durch soziale oder psychische Mechanismen behindert und die entsprechende physiologische Reaktion läuft weiter ab. Mit der Zeit kommt es zur Überlastung des betreffenden Organsystems und schließlich zur Dekompensation. Auch hier bestimmt die Disposition des Organs die Belastung, die zur Dekompensation nötig ist. Primär liegt also eine Störung des

psychischen Organisationskernes vor, die aber erst dadurch offenkundig wird, daß sie den somatischen Organisationskern mit seinen ausführenden Organsystemen überfordert und so die Störung der Homöostase organisch manifest werden läßt. Andererseits kann wohl auch eine primär organische Störung oder lediglich Belastung das Gleichgewichtssystem derart erschüttern, daß disponierte Individuen mit ihrem psychophysischen Symptom reagieren, Asthmatiker also mit einem Anfall. In diese Richtung würden wir die Asthmaauslösung durch Anstrengung, Impfungen, hormonale Belastungen, wie Menarche und Periode, und primär vegetative Störungen interpretieren. Bei Menarche und Periode ist dabei allerdings nicht einfach zu entscheiden, inwieweit die psychische Bedeutung der Ereignisse zur Auslösung des Asthma beiträgt. Vor allem im Fall der Menarche scheint uns für die psychische Genese die Tatsache zu sprechen, daß sie einmal asthmaauslösend, ein andermal "asthmaheilend" wirkt. Im letzten Fall nehmen wir an, daß es zum sogenannten "Auswachsen" des Asthma kommt, weil das Mädchen eine neue Entwicklungsstufe in physischer und psychischer Hinsicht erreicht hat und die Probleme der vorigen Stufe entweder überwunden oder jedenfalls weniger bedrängend sind. Es handelt sich hier folglich um einen Prozeß der Reifung, der dem Asthma die Basis entzieht. Im Fall der Asthmaentstehung mit der Menarche nehmen wir an, daß ein schon vorher durch Konflikte an den Rand der Krise gedrängtes Mädchen

durch das einschneidende Ereignis überfordert wird und nun physisch mit Asthma reagiert. Hierfür würde auch sprechen, daß es sich, wie wir oben gezeigt haben, meist um Patientinnen handelt, die noch völlig in der Beziehung zur Mutter gefangen sind. Oben haben wir aber auch Situationen mit Aufforderungscharakter als asthmaauslösend bezeichnet. Die Menarche stellt für praktisch noch in der Symbiose mit der Mutter lebende Mädchen sicherlich solch eine Situation dar. Im Hinblick auf die vegetativen Störungen ist noch anzumerken, daß sie unseres Erachtens physischer Ausdruck einer psychischen Ursache sind, entsprechend der Theorie von Alexander. Auch bei dem gehäuf-ten nächtlichen Auftreten der Anfälle läßt sich nicht klären, ob es sich hierbei primär um den nachts erhöhten Parasympathicotonus handelt oder um Auslösung durch Träume, oder ob die Träume zur Erhöhung des Parasympathicotonus führen. Abschließend wollen wir versuchen, aus den außerordentlich komplexen Zusammenhängen, die Asthma hervorbringen können, und den nicht minder vielschichtigen Ergebnissen der verschiedenen oben diskutierten Therapieansätze einige Thesen für eine optimale Betreuung der Asthmakinder in psychologischer Hinsicht herauszuarbeiten:

1. Grundvoraussetzung einer erfolgversprechenden Therapie ist eine zuverlässige und konstante Arzt-Patient-Beziehung.

2. Eine positive Übertragung zum Arzt von seiten des Patienten (und der Bezugspersonen) ist notwendig.
3. Von grundlegender Wichtigkeit ist ein eingehendes Erstgespräch unter Einbeziehung der Bezugsperson(en), meist der Mutter, in dem neben allergischen und infektiösen auch nach psychischen und sozialen Verursachungskomponenten gesucht wird.
4. Bereits bei diesem Gespräch ist es wichtig, einen Einblick in die Familiendynamik zu gewinnen.
5. Besondere Beachtung verdient die Untersuchung der Mutter-Kind-Beziehung, u.U. gleich in Verbindung mit eingehender Beratung.
6. Bei erheblicher Störung dieser Beziehung ist die vorsichtige Miteinbeziehung weiterer Bezugspersonen nötig, allerdings unter unbedingter Vermeidung einer narzißtischen Kränkung der Mutter, vor allem bei noch ungelöster oder nicht vollständig gelöster Symbiose.
7. Die Erarbeitung eines langfristig angelegten Therapieplanes in Zusammenarbeit mit den Bezugspersonen mit dem Ziel einer möglichst breiten und individuell abgestimmten Therapie ist Voraussetzung einer erfolgreichen Behandlung.

8. Hierzu ist die enge Kooperation des behandelnden Arztes mit Fachkollegen anderer Disziplinen, aber auch mit Psychologen, Heilpädagogen, Krankengymnasten von großer Bedeutung.
9. Vor einer Indikationsstellung ist eine sorgfältige Abwägung zwischen Schwere des Krankheitsbildes, Motivation des Patienten und der Bezugspersonen und den äußeren Umständen (Wohnort, soziale Lage) vorzunehmen.
10. Besondere Bedeutung kommt der Förderung der Selbständigkeit des Kindes und/oder der Mutter im Umgang mit der Krankheit zu, entsprechend dem Alter und der Reife des Kindes.
11. Klare Information der Bezugspersonen über mögliche Ursachen des kindlichen Asthmas unter Einschluß weitgehender medizinischer Aufklärung und stützender Beratung ist für die Gewinnung der Eltern zur aktiven Mitarbeit unerlässlich.
12. Oft ist es nötig, die Motivation der Eltern für eine Ursachentherapie erst zu wecken, u.U. in Verbindung mit deutlichem Hinweis auf den symptomatischen Charakter der medikamentösen Therapie.
13. In diesem Zusammenhang ist auch ausführliche Information über Nebenwirkungen

und mögliche Abhängigkeiten von den symptomatisch wirkenden Pharmaka geboten.

14. Es ist wichtig, bei entsprechender Indikation eine Psychotherapie nicht erst als letzten Ausweg, sondern rechtzeitig, d.h. vor der Chronifizierung des Asthma, zu beginnen.
15. Bei noch nicht chronifiziertem Asthma liegt der Schwerpunkt der Psychotherapie mehr auf den aufdeckenden Methoden: analytische Psychotherapie, Familientherapie, Spieltherapie, bei Säuglingen auch analytische Therapie der Mutter.
16. Bei bereits chronifiziertem Asthma liegt die Betonung mehr auf den allgemein entspannenden Therapieformen: Autogenes Training, Atemtherapie, Gruppentherapie, Massagen, Schwimmtherapie.
17. Bei Klimakuren, die sich nur im Therapiezusammenhang als sinnvoll erweisen, sollte der vorhergehenden sorgfältigen Einschätzung ihrer psychologischen Auswirkungen auf Kind und Mutter entscheidende Bedeutung zukommen.

18. Frühzeitig sollte versucht werden, der drohenden sozialen Isolierung der Asthmakinder entgegenzuwirken durch verständnisvolle Beratung der Eltern, unspezifische Desensibilisierungsmaßnahmen im Sinne einer allgemeinen Abhärtung und durch pädagogische Hilfestellungen.
19. Bei Auftreten von Erkrankungen des allergischen Formenkreises, vor allem Hauterscheinungen oder rezidivierenden Atemwegsinfekten, im Säuglingsalter sollte der behandelnde Arzt bereits frühzeitig an möglicherweise folgendes Asthma denken.
20. In solchen Fällen ist Neurosenprophylaxe angezeigt in Form eingehender Beratung der Mutter in bezug auf die Wichtigkeit von Hautkontakt (in diesem Zusammenhang Betonung der Rolle des Stillens), emotionaler Stabilität und Vermittlung von Geborgenheitsgefühl für den Säugling.

C Zusammenfassung

Einleitend wurde das Erscheinungsbild des kindlichen Asthma bronchiale anhand seiner Symptomatik, Pathogenese und Epidemiologie beschrieben.

Anschließend wurde der Begriff "Psychosomatik" unter Zuhilfenahme von Freuds Modell der Ergänzungsreihe und der Theorien von Alexander und Schur erläutert.

Die wichtigsten somatischen Theorien der genetischen, hormonalen, vegetativen und infektiösen Verursachung wurden besprochen. Bei der Diskussion der Allergie in ihrer Bedeutung als Asthmaursache wurden neben den immunologischen Grundlagen vor allem auch die psychosomatischen Aspekte der Allergie herausgearbeitet und tiefenpsychologisch interpretiert.

In einem weiteren Abschnitt wurde das asthmatische Geschehen aus psychologischer Sicht erklärt, wobei dem Anfallsgeschehen und der Erkrankungssituation besondere Bedeutung beigemessen wurde.

Schließlich wurde, der psychoanalytischen Methode folgend, die

Entwicklung der Asthmakinder durch die verschiedenen Reifungsphasen verfolgt, wobei der Schwerpunkt auf der oralen Phase, dem Zeitpunkt der Hauptstörung liegt. Es zeigte sich, daß bei Asthmakindern gleiche oder zumindest sehr ähnliche Störungen vorliegen, wie die mangelnde Entwicklung von Urvertrauen mit den daraus resultierenden Folgen, und daß sich auch in der Beziehungsdynamik zwischen den Kindern und Bezugspersonen deutliche Parallelen ergeben.

In einem folgenden Kapitel wurden verschiedene therapeutische Ansätze nach ihrer Wirksamkeit hinsichtlich Symptom- und Ursachenbeseitigung beschrieben und diskutiert.

Anhand von zwei Fallbeschreibungen aus der Psychosomatischen Beratungsstelle der Kinderpoliklinik wurde dann die bereits theoretisch beschriebene Beziehungsdynamik von Asthmakindern an konkreten Fällen belegt.

Den Abschluß bildet der Versuch, die verschiedenen Ätiologietheorien in einem Modell zu integrieren und für die Betreuung von Asthmakindern einige Grundsätze aus psychologischer Sicht in Thesenform zu formulieren.

Frau Dr. phil. Henningsen und
Frau Priv. Dozentin Dr. med. Bender
möchte ich für die Überlassung und Lei-
tung der Arbeit danken. Meinem Vater
danke ich für die finanzielle Unterstüt-
zung.

D Literaturverzeichnis

- (1) Stegmann, A.
Zur Ätiologie des Asthmas bei
Kindern.
Med. Klinik 4, S. 1113 1908
- (2) Alexander, F.
Psychosomatische Medizin –
Grundlagen und Anwendungsgebiete,
S. 43 und 96–105, 1951
Walter de Gruyter Verlag,
Berlin New York
- (3) Smith, J.M.
A five year prospective survey of rural
children with asthma and hay fever.
Journal of Allergy 47, S. 23 1971
- (4) Freud, S.
Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie
Gesammelte Werke, S. 141–42,
Zusatz von 1915/20
S. Fischer-Verlag, Frankfurt/Main
1968
- (5) Shira, J.E.
in: Speer, F. und Dockhorn, R.J.
Allergy and Immunology in Children,
S. 447 1973
Charles C. Thomas Verlag,
Springfield USA
- (6) Noelpp, H. und Noelpp-Eschenhagen, I.
Asthma bronchiale in:
Handbuch innerer Medizin, Band 4/2,
S. 526 1956
Springer Verlag, Berlin
- (7a) Jores, A. und Kerekjarto, M.
Der Asthmatiker,
S. 9 1967
Hans Huber, Berlin Stuttgart
- (b) S. 21–2, (c) S. 21–4, (d) S. 9–10,
(e) S. 77, (f) S. 30, (g) S. 17,
(h) S. 16, (i) S. 62, (k) S. 60–2

- (8) Bühlmann, A.
in: Siegenthaler, W. :
Klinische Pathophysiologie,
S. 677 1973
Georg Thieme Verlag, Stuttgart
- (9) Rakeman, F.M.
Intrinsic Asthma,
Journal of Allergy 11, S. 147 1940
- (10) Wenner, J.
in: Joppich, G. und Feer, E.
Lehrbuch der Kinderheilkunde,
S. 484 1975
Gustav Fischer Verlag, Stuttgart
- (11) Wood, D.W., Downes, J.J. und
Lecks, H.J.
A clinical scoring system for the
diagnosis of respiratory failure
in: American Journal of Diseases
of Children Vol. 123, S. 227 1972
- (12) Waldman, J.D.
Respiratory Failure in:
Am. J. of Dis. of Children
Band 126, S. 271 1973
- (13) Illingworth, R.S.
Common Symptoms of Disease
in Children, S. 145 1973
- (14) Wittig, H.J. und Glaser, J.
The relationship between acute
bronchiolitis and childhood asthma,
Journal of Allergy 30, S.19 1959
- (15a) Baumgartner, H.
Pädiatr. Praxis 14, S. 324 1974
(b) S. 323
- (16) Linneweh, F.
Pädiatrie in der Praxis
S. 229 1962
Urban und Schwarzenberg-Verlag,
München Berlin

- (17) Wood, D.W.
in: Speer, F. und Dockhorn, R.J.
Allergy and Immunology
in Childhood, S. 485 1973
Charles C. Thomas-Verlag,
Springfield USA
- (18a) Baeckmann, C.
Meine Heilbehandlung asthmatisch
reagierender Menschen,
S. 25 1971
Dustri-Verlag, München
(b) S. 23-4, (c) S. 76, (d) S. 18 u. 75
- (19a) Bräutigam, W. und Christian, P.
Psychosomatische Medizin,
S. 149 1973
Georg Thieme Verlag, Stuttgart
(b) S. 150, (c) S. 156-7, (d) S. 151-2,
(e) S. 144, (f) S. 154-6, (g) S. 159
- (20a) Kraepelien, S.
Handbuch der Kinderheilkunde Band VII,
Hrsg. Opitz, H. und Schmid, F.
S. 111-112 1966
Springer Verlag, Berlin Heidelberg
New York
(b) S. 108, (c) S. 116
- (21) Engström, J.
Bronchial obstruction and Hyperinflation
in asthmatic Children, S. 11 1964
Medizinische Dissertation Stockholm
- (22a) Erdmann, G.
Diagnose und Therapie allergischer
Atemwegserkrankungen im Kindesalter
in: Bericht von der 5. Gaißacher Fort-
bildungstagung, S. 35 1975
(b) S. 25, (c) S. 40-2
- (23) Dekker, E. und Groen, J.
Asthmatic Wheezing,
Compression of the trachea and major
Bronchi as a cause.
Lancet 1, S. 1064 1957

- (24a) Bräutigam, W.
Über die psychosomatische Spezifität
des Asthma bronchiale,
Psyche VIII, Heft 9, S. 483 1954/55
(b) S. 487, (c) S. 520, (d) S. 516
- (25) Smith, J.M.
A five year prospective survey of
rural children with asthma and hay
fever,
Journal of Allergy 47, S. 23 1971
- (26) Engström, J., Escardo, F.E.,
Karlberg, P. und Kraepelien, S.
Respiratory studies in children,
Acta paediat. 48, S. 114 1959
- (27) Aas, K.
Prognosis for allergic children,
Acta paediat. 87, S. 81 1963
- (28) Ryssing, E. und Flensborg, E.W.
Prognosis after puberty for 442 asthmatic
children,
Acta paediat. 52, S. 97 1963
- (29) Gesundheitsbericht des Bundesministe-
riums für Gesundheit, Bonn 1968
- (30a) Children's Bureau Publication No. 405
US-Department of Health, Education
and Welfare, Washington D.C.
S. 71 1968
(b) S. 70, (c) S. 80
- (31) Schick, B.
First national seminar of regional
medical consultants,
Ann. Allergy 16, S. 473 1958
- (32) Frandsen, S.
Bronchial asthma among school chil-
dren in Copenhagen,
acta allerg. 12, S. 341 1958
- (33) Morrison Smith, J.
Prevalence and natural history of
asthma among school children,
Brit. med. J., S. 711 1961

- (34a) Shira, J.E.
in: Speer, R. und Dockhorn, R.J.
Allergy and Immunologie in
Childhood, S. 451, 1973
Charles C. Thomas,
Publisher Springfield USA
(b) S. 464, (c) S. 458
- (35) Pflanz, M.
Sozialer Wandel und Krankheit,
S. 181 1962
Enke Verlag, Stuttgart
- (36) Schiffer, C.G. und Hunt, B.P.
Illness among children,
Children's Bureau Publication No. 405
Department of Health, Education and
Welfare 1968
- (37) Spoujitch, V.
in: Dritter Internationaler Allergie-
kongreß, Paris 1958
- (38) Ehrström, M. Ch.
Medical Investigations in North
Greenland 1948-49,
Acta Med. Scand. S. 140/317 1951
- (39a) Alexander, F.
Psychosomatische Medizin,
S. 36-7 1971
Walter De Gruyter Verlag,
Berlin New York
(b) S. 43, (c) S. 42-4, (d) S. 30-1,
(e) S. 96, (f) S. 102, (g) S. 97-8
- (40) Alexander, F.
The Development of Psychosomatic
Medicine
auf dem Intern. Kongreß für Psycho-
therapie, Wien 1961, Vol. XXIV No. 1,
S. 20/21 1962
- (41) Schur, M.
Comments on the metapsychology of
somatization
in: The psychoanalytic study of
the child, 10,
S. 122-9, 154-9 1955

- (42) Mitscherlich, A.
Anmerkungen zur Chronifizierung
psychosomatischen Geschehens
in: Psyche 15, 1, 1961/62

- (43) vergleiche auch Spitz, A.R.
Eine genetische Feldtheorie
der Ichbildung 1972
S. Fischer Verlag, Frankfurt/M.

- (44) Erickson, E.H.
Kindheit und Gesellschaft
Pan-Verlag, Zürich Stuttgart 1957

- (45) Mirsky, A.
Körperliche und seelische Faktoren
bei psychosomatischen Störungen
in: Psyche 15, S. 26 1961/62

- (46) Schwartz, M.
Heredity in Bronchial Asthma,
a clinical and genetic study
of 191 asthma probands,
S. 187-92 und S. 209/10 1952
Kopenhagen Einar Munksgard
Acta allergologica Supplementum II

- (47) Verschuer, O.v.
Die Zwillingsforschung im Dienste der
inneren Medizin,
Verb. dtsh. Ges. Inn. Med. Band 64,
S. 262 1958

- (48) Harvald, B. und Hauge, M.
The danish twin register,
Acta genet. med. 17
S. 315 1968

- (49a) Biermann, G.
Psychosomatik des Asthma bronchiale
im Kindesalter,
Praxis der Kinderpsychologie und
Kinderpsychiatrie,
17. Jahrgang, Heft 2, S. 33 1969
(b) S. 34, (c) S. 34-49, (d) S. 44-6

- (50) Vogel, F.
Lehrbuch der allgemeinen Human-
genetik, S. 141/2 1961
Springer Verlag, Berlin
- (51) Bucerius, G.
Das Asthma und seine Heilung
S. 25-32 1939
Wilkens Verlag, Hannover
- (52) Schettler, G.
Innere Medizin, Band 2,
S. 16 1972
Georg Thieme Verlag, Stuttgart
- (53) Minor, T.E., Baker, J.W.,
Dick, C.E., DeMeo, A.N.,
Quellette, J.J., Cohen M. und
Reed, C.E.
Greater Frequency of viral infections
in asthmatic children as compared with
their non asthmatic siblings in:
The Journal of Pediatrics
Vol. 85/1, S. 472-77 1974
- (54) Rees, L.
The importance of psychological,
allergic and infective factors in childhood
asthma.
J. psychosom. Res. 7, S. 253 1964
- (55) Sherman, W.B. und Kessler, W.
in: Müller, R.: Pädiatrische Praxis,
Band 15, S. 467 1975
- (56) Villacorte, G.V.
Asthma in Children - Ethiopathogenesis,
Diagnosis and Therapy in:
Paediatrician 1, S. 341 1972/73
- (57) Johansson, S.G.O., Mellbin T
und Vahlquist, B.
Immunoglobulin levels in Ethiopian
preschool children,
Lancet 1, S. 1118 1968
- (58) Brocklehurst, W.E.
Pharmacological mediators of hypersensi-
tivity reactions in:
Gell, P.G.A. und Coombs, R.R.A.
Clinical aspects of Immunology
S. 36 1962
F.A. Davis Philadelphia USA

- (59) Abe, K.
Circulating kinins in patients
with bronchial asthma,
Experientia 23, S. 626 1967
- (60) Warnatz, H.
in: Siegenthaler, W.
Klinische Pathophysiologie,
S. 461 1973
Georg Thieme Verlag, Stuttgart
- (61) Cruchaud, S.
Das Asthma bronchiale,
Klinik, Physiopathologie und Therapie,
Documenta Geigy, Nr. 4 1965
- (62) Stemmann, E.
auf dem 13. Kongreß der dt. Ges.
für Allergie und Immunitätsforschung,
München 1975
- (63) Fagerberg, E.
Studies in Bronchial Asthma,
Acta allergologica 11,
S. 293 1957
- (64a) De Boor, C.
Zur Psychosomatik der Allergie,
insbesondere des Asthma bronchiale,
S. 34-35 1965
Hans Huber, Bern,
Ernst Klett, Stuttgart
(b) S. 33, (c) S. 53, (d) S. 55,
(e) S. 189-90, (f) S. 257-63
- (65) Schleinker, R.
Der Stoffwechsel bei inhalativ erzeugtem
Asthma bronchiale beim Menschen,
Dtsch. Arch. klin. Med. 197,
S. 508 1950
- (66) Doust, J.W.L. und Leigh, D.
Studies on the Physiology of
Awareness Psychosomat. Med. 15,
S. 292 1953

- (67) Vaughan, W.T.
Practice of Allergy 2 1948
Mosby, St. Louis
zit.: nach De Boor, C.
Zur Psychosomatik der Allergie,
S. 40, Huber, Bern, 1965
- (68) Schwöbel, G.
Psychosomatische Medizin,
S. 175-78 1960
Rascher Verlag, Zürich Stuttgart
- (69) Staehelin, B.
Einige Gedanken zum psychosomati-
schen Problem des Asthma bronchiale,
Schweizer medizinische Wochen-
schrift 89, S. 560 1959
- (70) Gerard, M.W.
Bronchial-Asthma in Children
in: The nervous Child. 5,
S. 327 1946
- (71) Marty, P.
La Relation d'object allergique,
Rev. Franc. Psychanal. 22,
S. 5 1958
- (72a) Spitz, A.R.
Vom Säugling zum Kleinkind,
S. 237-53 1965
Ernst Klett Verlag, Stuttgart
(b) S. 95, (c) S. 219
- (73) Bateson, G., Jackson, D.
Haley, J. und Weakland, H.
Auf dem Wege zu einer Schizophrenie-
Theorie in:
Bateson, G., Jackson, D., Laing, R.D.,
Lidz, T. und Wynne, L.C.
Schizophrenie und Familie,
S. 11-43 1969
Suhrkamp Verlag, Frankfurt/M.
- (74) Miller, H. und Baruch, D.
A Study of Hostility in Allergic
Children,
American J. Orthopsychiatry 20,
S. 506 1950

- (75) Miller, H. und Baruch, D.
The Practice of Psychosomatic
Medicine as Illustrated in Allergy,
J. psychosom. Res. 2,
S. 150 1957/58
- (76) French, Th. M.
Psychogenetic Factors in Asthma,
American J. of Psychiatr. 96,
S. 87 1939
- (77a) Sperling, M.
in: Schneer, H.J.
The Asthmatic Child.
S. 156-57 1963
Harper u. Row Verlag, New York
(b) S. 153-4
- (78) Bastiaans, J.
Psychosomatische gevolgen van
onderdrukking en verzet 1957
zit.: nach De Boor, C.
Zur Psychosomatik der Allergie,
S. 58, 1965
Hans Huber, Bern,
Ernst Klett, Stuttgart
- (79) Christian, P.
Atmung
in: Handbuch der Neurosenlehre,
Band 2, S. 521 1959
Urban u. Schwarzenberg, München Berlin
- (80) Roemer, G.A.
Atmung als Ausdruckssyndrom und als
ätiologischer Faktor bei psychischen
Zustandsbildern,
auf der Vierten Lindauer Psycho-
therapiewoche, Stuttgart 1953
- (81) Straus, E.
Der Seufzer
Jb. für Psychologie u. Psychotherapie 2,
S. 113 1954
- (82) Hildebrandt, G. und Engel, P.
Über den Einfluß des Atemrhythmus
auf die Reaktionszeit,
Proceedings of the Intern. Union
of Physiological Sciences,
Bd. 2 XII Intern. Kongreß Leiden
Abstract 1107 1962

- (83) Freud, S.
Aus der Geschichte einer infantilen
Neurose,
Gesammelte Werke XII 1918
S. Fischer Verlag, Frankfurt/M. 1968
- (84) Mitscherlich, A.
Psychosomatische Aspekte der Allergie,
Intern. Arch. Allergy,
Suppl. Vol. 1, S. 79 1950
- (85) Sperling, M.
Analytic first aid in school phobias,
Psychoanalyt. Quart. Band 30
Nr. 4, S. 504 1961
- (86) Sperling, M.
Unconscious phantasy life and
object-relation ship in ulcerative
colitis,
Intern. J. Psychoanalysis Bd. 41,
S. 450 1960
- (87) Dührssen, A.
Psychogene Erkrankungen bei Kindern
und Jugendlichen,
S. 259 - 64 1969
Verlag für medizinische Psychologie,
Göttingen
- (88) Federn , P.
Intern. Zeitschr. ärztl. Psycho-
analyse 1, S. 303 1913
- (89) Selesnikk, S.
Separation Anxiety and Asthmatic
Attacks,
Related to Shifts in Object Cathexes
in: Schneer, H.J.
The Asthmatic Child,
S. 182-203 1965
Harper u. Row Verlag, New York
- (90a) Mohr, G.J., Selesnick, S. und
Augenbraun, B.
Family Dynamics in Early Childhood
Asthma in: Schneer, H.J.
S. 110 1965
Harper u. Row Verlag, New York
(b) S. 103-4, (c) S. 109

- (91) Grace, W.J. und Graham, D.T.
Psychosomatische Medizin 14,
S. 243 1952
- (92) Selye, H.
Einführung in die Lehre vom
Adaptationssyndrom 1953
Georg Thieme Verlag, Stuttgart
- (93) Dees, S.C.
Asthma
in: Kendig, L.E.
Disorders of the Respiratory Tract
in Children,
S. 449-87 1967
W.B. Saunders, Philadelphia USA
- (94) Erikson, H.E.
Identität und Lebenszyklus,
S. 62-75 1974
Suhrkamp Verlag, Frankfurt/M.
- (95) Jores, A.
Ätiologie und Therapie des Asthma
bronchiale vom psychologischen Aspekt
in: Schriftenreihe der Bayerischen
Landesärztekammer Band 3,
S. 163-4 1964
- (96a) Spitz, A.R.
Eine genetische Feldtheorie der
Ichbildung,
S. 15-6, 1972
S. Fischer Verlag, Frankfurt/M.
(b) S. 95
- (97) Rees, L.
in: The importance of psychological,
allergic and infective factors in
childhood asthma,
J. psychosom. Res. 7,
S. 253 1964
- (98) Ryssing, E.
Continued follow-up investigation
concerning the fate of 198 asthmatic
children,
Acta paediatr. 48,
S. 255 1959

- (99) Unger, L., Unger, A.H. und Wolf, A.A.
 Bronchial asthma in children:
 Treatment and results,
 Ann. of Allergy 10, S. 574 1952

- (100) Kuschinsky, G. und Lüllmann, H.
 Kurzes Lehrbuch der Pharmakologie
 S. 44 1974
 Georg Thieme Verlag, Stuttgart

- (101) Klock, L.E., Miller, T.D.,
 Morris, A.H., Waternabe, S.
 und Dickman, M.
 Acomparative study of atropine
 sulfate and isoproterenol hydro-
 chloride in chronic bronchitis
 in: American Review of Respiratory
 Disease, Band 112,
 S. 371 1975

- (102) Chamberlain, D.A., Muir, D.C.F.
 und Kennedy, K.P.
 Atropine methonitrate and isoprenaline
 in bronchial asthma,
 Lancet 2, S. 1019 1962

- (103) Leifer, K.N. und Wittig, H.J.
 The beta-2 sympathomimetic aerosols
 in the treatment of asthma
 in: Ann Allergy Band 35,
 S. 69 1975

- (104) Anderson, S.D., Seale, J.P.,
 Rozea, P., Bandler, L.,
 Theobald, G. und Lindsay, D.A.
 Inhaled and oral Salbutamol in
 exercise-induced asthma
 in: Am. Rev. of Resp. Dis.
 Band 114, S. 493 1976

- (105) Parker, C.W.
 in: Austen, K.F.
 Asthma, S. 204 1973
 Academic Press, New York London

- (106) Eichholtz, F.
 Lehrbuch der Pharmakologie,
 S. 318-9 1957
 Springer Verlag, Berlin Göttingen
 Heidelberg

- (107) Rohrmoser, H.G.
Probleme der Asthmabehandlung,
Med. Klinik 51, S. 1869 1956
- (108a) Curtius, F.
Moderne Asthmabehandlung,
S. 2-3 1965
Springer Verlag, Berlin Göttingen
Heidelberg
(b) S. 4-7, (c) S. 8
- (109) Curtius, F.
in: Heilkunst 65, Nr. 2:
Die entspannungs- und psychothera-
peutische Asthmabehandlung,
S. 38-9 1952
- (110) Borck, W.F.
Psychosen bei medikamentöser
Asthmatherapie
in: Medizinische Klinik,
S. 263 1961
- (111) Saule, H.
Euphyllin-Suppositorien in der
Behandlung obstruktiver Atemwegs-
erkrankungen im Kindesalter
in: Fortschritte der Med. 33,
S. 1973-78 1976
- (112) Simons, F.E.R., Pierson, W.E.
und Bierman, C.W.
Current status of the use of
theophyllines in children,
Pediatrics 55, S. 735 1975
- (113) Freedman, S.S. und Pelletier, G.A.
Asthma in childhood:
Treatment of 1070 cases,
Ann. Allergy 28, S. 133 1970
- (114) Rounds, V.J.
Aminophylline poisoning,
Pediatrics 14, S. 693 1956
- (115) White, B.H. und Daeschner, C.W.
Aminophylline poisoning in children,
J. Pediat. 49, S. 262 1956

- (116) Gaddie, J., Petrie, G.R., Reid, I.W.,
Sinclair, D.J.M., Skinner, C. und
Palmer, K.V.
Aerosol beclomethasone dipropionate
in chronic bronchial asthma
in: Lancet 1, S. 691 1973
- (117) Williams, M.H., Kane, C.
und Shim, C.S.
Treatment of Asthma with triamcinolone
acetonide delivered by aerosol
in: Am. Rev. of Resp. Dis. 109,
S. 538 1974
- (118) Rohrmosen, H.G.
Erfahrungen mit der NNR-Hormon-
Behandlung des Asthmas
in: Fortschr. Med. 74,
S. 365 1956
- (119) Faillers, C.J., Szentivanyi, J.,
McBride, M. und Bukantz, S.C.
Growth rate of children with
intractable asthma,
Journal of allergy 32,
S. 420 1961
- (120) Schenk, H.
Schädigung des Auges
durch Cortison,
in: Fortschr. Med. 78,
S. 577 1960
- (121a) Findeisen, D.G.R.
Asthma bronchiale,
Pathogenese, Klinik, Therapie,
Prophylaxe,
S. 142 1968
Volk und Gesundheit Verlag, Berlin
(b) S. 166
- (122) De Camp, G.
Probleme der Corticosteroid-
therapie des Asthmas,
Münchener med. Wochenschr. 103,
S. 154 1961

- (123) Schneer, H.J.
The Asthmatic Child
S. 166 1963
Harper u. Row Verlag, New York
- (124) Mueller, H.L.
The dangers and consequences of
steroidtherapy in children,
New Journal of Medicine
S. 2743 1961
- (125) Godfrey, R.C. und Howell, J.B.L.
Sodium cromoglycate:
A clinical view
in: Drugs 7, S. 161 1974
- (126) Woolcock, A.J.
Inhaled Drugs in the Prevention
of Asthma
in: American Review of Respiratory
Disease Band 115,
S. 191-3 1977
- (127) Cernelc, D.
Eigene Resultate verschiedener Metho-
den spezifischer Hyposensibilisierung
bei asthmatischen Kindern, in Referaten
vom 13. Kongreß für Allergie- und
Immunitätsforschung; und der 72. Tagung
der Dt. Ges. für Kinderheilkunde
in München
S. 19/20 1975
- (128) Scheiffarth, F.
Das allergische Asthma bronchiale
und seine Therapie
in: Schriftenreihe der Bayerischen
Landesärztekammer, Band 3,
S. 187 1964
- (129) Müller, R.
Allergentestung und Hyposensibili-
sierung bei Heuschnupfen und
Asthma bronchiale
in: Pädiatrische Praxis,
Band 15, S. 467-72 1975

- (130) Johnstone, D.E.
in Speer, R. und Dockhorn, R.J.
Allergy in Childhood,
S. 384-97 1973
Charles C. Thomas, Springfield USA
- (131) Herxheimer, H.
Therapie des Asthma bronchiale,
S. 93-103 1956
Schwabe Verlag, Basel Stuttgart
- (132) Blaha, H. und Skreta, K.
in: Findeisen: Asthma bronchiale,
S. 202 1968
Volk und Gesundheit Verlag, Berlin
- (133) Kleinsorge, H.
in: Findeisen: Asthma bronchiale,
S. 199 1968
Volk und Gesundheit Verlag, Berlin
- (134) Pfeleiderer, H.
Klimatologische Gesichtspunkte bei
der Therapie des Asthma bronchiale,
S. 190-5 1964
in: Schriftenreihe der Bay. Landes-
ärztekammer, Band 3
- (135) Marks, M.B.
Climate as an influencing factor
in childhood allergy,
Ann. Allergy 12,
S. 403 1954
- (136) Aepli, R.
Résultat du traitement de l'asthme
par la physiothérapie,
Hel.med.Acta 29,
S. 629 1962
- (137) Ruof, G.
Asthmakinder
S. 99-106 1964
H. Huber Verlag, Bern Stuttgart
- (138) Sceno-Test, Stabs, G.
Stuttgart 1951

- (139) Thematic Apperception Test (TAT)
Murray, H.A.
Harvard University Press Cambridge
1943
- (140) "Familie in Tieren"
Brem-Gräser, L. 1970
Rheinhardt Verlag, München Basel
- (141) Wartegg, E.
Archetypische Qualitäten im
Wartegg Test
in: Welle, K.
Bericht über den 20. Kongreß
der dt. Gesellschaft f. Psychol.
Berlin 1955
- (142) Ziler, H.
Der Mann-Zeichen-Test
in: detail-statistischer Auswertung,
München 1958
- (143) Bellak, L. und Bellak, S.S.
The supplement to the Children's
Apperception Test (C.A.T.-S.)
New York 1952
- (144) Richter, H.E.
Aspekte des negativen Selbst
in: Eltern, Kind und Neurose,
S. 155-8 und 197-223 1967
Rowohlt Verlag, Reinbeck

Lebenslauf

Geboren am 24. Juli 1951 in Berlin

Eltern: Dr.-Ing. Olaf Dahlke
Gisela Krackow, geb. Krackow,
geschiedene Dahlke

Schulausbildung:

Volksschule in Stolberg/Rhld.,
Krefeld, Asch bei Landsberg
und Dietersheim bei Freising
1958 bis 1962

Josef Hofmiller-Gymnasium
in Freising
(neusprachlicher Zweig)
1962 bis 1971
mit Abschluß Abitur

Studium der Medizin an der
Universität München seit 1971

Vorphysikum	nach dem 2. Semester
Physikum	nach dem 5. Semester
1. Staatsexamen	nach dem 7. Semester
2. Staatsexamen	nach dem 11. Semester
3. Staatsexamen	nach dem 13. Semester

Praktisches Jahr: Je 4 Monate

- Chirurgie,
Hauptkrankenhaus Augsburg
- Psychiatrie,
Universitätsnervenlinik München
- Innere Medizin,
Städtisches Krankenhaus
München Schwabing.

